

Regionaler Gesundheitsbericht 2022

Bestands- und Bedarfsanalyse für die
Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt
Aschaffenburg



**Landkreis
Aschaffenburg**

Gute Lage. Gute Leute. Gutes Leben.



**STADT
ASCHAFFENBURG**



Herausgeber:

Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg
Sitz der Geschäftsstelle: Landratsamt Aschaffenburg
Bayernstraße 18 | 63739 Aschaffenburg
Geschäftsstellenleiterin: Monika Gabel
Telefon: 06021 394-275
Fax: 06021 394-984
E-Mail: GesundheitsregionPlus@Lra-ab.bayern.de
Internet: www.gesundheitsregion-ab.de

Zusammenstellung und Bearbeitung durch:

BASYS – Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH
Reisingerstraße 25 | 86159 Augsburg
www.basys.de

SAGS – Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik
Theodor-Heuss-Platz 1 | 86150 Augsburg
www.sags-consult.eu

Bildnachweis:

Holger Leue
Initiative Bayerischer Untermain
Landratsamt Aschaffenburg

Druck und Verarbeitung:

WIRmachenDRUCK GmbH
Mühlbachstraße 7
71522 Backnang

Stand: März 2022

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,

eine gute Gesundheit ist Voraussetzung für unser Wohlbefinden, unsere Leistungsfähigkeit und damit für unsere Lebensqualität. Die Gesundheit unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger zu schützen und zu stärken, ist uns ein zentrales Anliegen, ebenso die weitere Sicherstellung einer umfassenden und erstklassigen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung, zu der auch unser Klinikum mit seiner Belegschaft maßgeblich beiträgt.



Dr. Alexander Legler
Landrat

Mit der vorliegenden Broschüre freuen wir uns, Ihnen den ersten regionalen Gesundheitsbericht für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg vorstellen zu können.

Dieser Bericht soll einerseits dazu dienen, einen Überblick über den Gesundheitszustand der Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis und in der Stadt Aschaffenburg zu geben. Der Gesundheitsbericht dient zum anderen als Grundlage für weitere Optimierungen in der Gesundheitsförderung und Prävention, in der Gesundheitsversorgung und Pflege in unserer Region. Das Thema Gesundheit beinhaltet zahlreiche Aspekte und wird von vielen Faktoren beeinflusst. Entsprechend vielschichtig und umfassend ist daher dieser erste Gesundheitsbericht.

Besonders freuen wir uns über die Vielfalt der aktiven Akteurinnen und Akteure im Bereich Gesundheit und deren vorbildliches Engagement. Allerdings werden wir uns auf den positiven Ergebnissen und dem insgesamt hohen Niveau an gesundheitlicher Versorgung nicht ausruhen, sondern betrachten dies als Ansporn und Motivation, auch in Zukunft die Situation im Rahmen unserer Möglichkeiten noch weiter zu verbessern.



Jürgen Herzing
Oberbürgermeister

Wir als Landkreis und Stadt sind bereit, die damit verbundenen Herausforderungen anzugehen und danken allen, die Ihrerseits ebenfalls bereit sind, hierfür Ihre Tatkraft und Ideen einzubringen. Mit Unterstützung aller relevanten örtlichen und überörtlichen Player sind wir überzeugt, dass es uns gemeinsam gelingen wird, die bestehenden Strukturen zu stärken und weiter zu verbessern.

Die Gesundheitsregion^{plus} soll dabei als regionales Netzwerk diesen Prozess sowie den Austausch und die Kooperation untereinander unterstützen. Wir laden auch Sie, liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger, herzlich ein, sich an der Diskussion und der Zusammenarbeit zu beteiligen!

Unser besonderer Dank geht an alle, die an der Erstellung dieses Gesundheitsberichts mitgewirkt haben, hier insbesondere an die Geschäftsstelle der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg.

Ihnen allen wünschen wir eine informationsreiche Lektüre und weiterhin allzeit beste Gesundheit!

Herzliche Grüße

Ihr Landrat



Dr. Alexander Legler

Ihr Oberbürgermeister



Jürgen Herzing

Kurzzusammenfassung

Landkreis und Stadt Aschaffenburg bilden gemeinsam die Gesundheitsregion^{plus}. Sie widmet sich den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung sowie Pflege mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen. In diesem ersten Gesundheitsbericht wird für die Gesundheitsregion^{plus} eine Bestands- und Bedarfsanalyse anhand von 70 Gesundheitsmerkmalen (Indikatoren) im Vergleich zum Regierungsbezirk Unterfranken und zum Land Bayern vorgenommen.

Die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg weist in der Bevölkerungs- und Sozialstruktur einige Besonderheiten auf. Im Vergleich zum Bayernmittel fällt hier die hohe Bevölkerungsdichte mit geringerem Ausländeranteil (-12,4 %) auf. Die Gesundheitsregion^{plus} verzeichnet einen geringfügig niedrigeren Jugendquotienten (-0,7 %), einen etwas höheren Altenquotienten (+6,7 %) und eine leicht unterdurchschnittliche Erwerbstätigenquote (-4,1 %). Das durchschnittlich verfügbare Einkommen der Bevölkerung entspricht mit 24.533 € nahezu dem bayerischen Durchschnitt. Angesichts der zukünftigen Entwicklung ist anzumerken, dass das im Vergleich zu Bayern unterdurchschnittliche Bevölkerungswachstum der Gesundheitsregion^{plus} mit einer etwas geringeren Geburtenrate einhergeht. Die fortlaufende Alterung der Bevölkerung erfordert nicht nur Anpassungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, sondern auch in der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Region zeichnet sich durch ein insgesamt hohes Gesundheitsniveau aus. Ihre Bevölkerung erzielt eine geringfügig höhere Lebenserwartung als der bayerische Durchschnitt. Dieses Ergebnis wird durch die Abnahme der bereits unterdurchschnittlichen vorzeitigen Sterblichkeit gestützt. Im Vergleich zu Bayern insgesamt liegen die Rate an Krebsneuerkrankungen (-25,8 %) und die Anzahl der Krankenhausfälle bei Infarkten (-14,9 %) und Schlaganfällen (-1,9 %) unter dem Gesamtschnitt. Der Anteil der ambulant behandelten Personen mit ADHS (+35,7 %), Diabetes mellitus (+2,2 %) und affektiven Störungen (+12,3 %) ist in der Gesundheitsregion^{plus} dagegen höher als in Bayern. Auffallend ist auch eine steigende Entwicklung beim Alkoholmissbrauch und der vergleichsweise hohe Genuss anderer psychotroper Substanzen. Positiv stellen sich die Indikatoren der Impfquote bei Masern und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen dar. Hinsichtlich der Covid-19-Erkrankungen fällt die Gesundheitsregion^{plus} durch ein niedrigeres Niveau auf. Bei den überdurchschnittlich hohen Covid-19-Todesfällen sind die Ursachen genauer zu analysieren.

Das medizinische Angebot ist, gemessen an den Planungsvorgaben und der Erreichbarkeit, generell als gut einzustufen. Die medizinischen Einrichtungen in der Gesundheitsregion^{plus} können von 99 % der Bevölkerung innerhalb der vorgeschriebenen Zeit der Bedarfsplanung erreicht werden. Die Erreichbarkeit liegt im Großteil der Region unter 10 Minuten. Allerdings fällt im Vergleich zu Bayern die geringere Facharzttdichte auf, die mit einer niedrigeren Leistungsanspruchnahme korrespondiert. Die fachärztliche Versorgungsdichte hat sich jedoch in den vergangenen Jahren von einem niedrigen Ausgangsniveau deutlich besser als der bayerische Durchschnitt entwickelt. Die hausärztliche und teilweise auch die fachärztliche Versorgung befindet sich in einem Generationenwechsel. Viele Praxen werden Nachfolgerinnen und Nachfolger suchen, sodass erheblicher Ersatzbedarf besteht. Die Apothekendichte und Hebammenversorgung ist in der Gesundheitsregion^{plus} höher als im bayerischen Schnitt (+4,3 % und +64,3 %).

In der pflegerischen Versorgung ist die Entwicklung der letzten Jahre durch einen Anstieg der Pflegebedürftigen und den Versuch der Stärkung der häuslichen Versorgung geprägt. Der Anteil der Pflegebedürftigen in der Gesundheitsregion^{plus} liegt leicht über dem bayerischen Durchschnitt (+8,7 %). Die Region zeichnet sich durch die überwiegende Pflege im häuslichen Umfeld (durch Angehörige und andere Personen) aus. Dennoch steigt die Nachfrage nach stationärer Pflege seit 2015 wieder an. Aufgrund der zunehmenden Zahl Hochbetagter ergeben sich weitere Nachfragesteigerungen nach medizinischer, pflegerischer und auch hauswirtschaftlicher Versorgung bei einem sich weiter verstärkenden Personalangel. Abschließend ist anzumerken, dass die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg als Teil der Metropolregion „FrankfurtRheinMain“ über sehr gute Standortbedingungen verfügt.

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	4		
1 Einführung	7		
2 Bevölkerung und Sozioökonomischer Status	10		
2.1 Bevölkerungsentwicklung 2015 – 2020	11		
2.2 Zukünftiger Bevölkerungsstand im Jahr 2030 und 2040	12		
2.3 Zukünftige Altersstruktur der Bevölkerung	13		
2.4 Bevölkerungsdichte	14		
2.5 Jugendquotient	15		
2.6 Jugendquotient Projektion	16		
2.7 Zusammengefasste Geburtenziffer	17		
2.8 Altenquotient	18		
2.9 Altenquotient Projektion	19		
2.10 Ausländische Bevölkerung	20		
2.11 Erwerbstätigenquote	21		
2.12 Arbeitslosenquote	22		
2.13 Verfügbares Einkommen	23		
2.14 Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger	24		
2.15 Menschen mit Behinderung	25		
3 Gesundheitliche Situation	26		
3.1 Lebenserwartung bei Geburt	27		
3.2 Vorzeitige Sterblichkeit	28		
3.3 Verlust an Lebensjahren	29		
3.4 Sterbefälle	30		
3.5 Covid-19-Fälle	31		
3.6 Covid-19-Tote	32		
3.7 Diabetes mellitus	33		
3.8 Affektive Störungen	34		
3.9 ADHS	35		
3.10 Asthma bronchiale	36		
3.11 COPD	37		
3.12 Inzidenz bösartige Neubildungen	38		
3.13 Altersspezifische Krankenhausfälle	39		
3.14 Krankheitsspezifische Krankenhausfälle	40		
3.15 Krankenstand	41		
3.16 Herzinfarkt	42		
3.17 Schlaganfall	43		
4 Gesundheitsverhalten	44		
4.1 Masern Impfquote	45		
4.2 Covid-19-Impfquote	46		
4.3 Krankheitsfrüherkennung bei Kindern	47		
4.4 Adipositas bei Kindern	48		
4.5 Früherkennung Darmkrebs	49		
4.6 Missbrauch psychotroper Substanzen	50		
4.7 Verhaltensstörungen durch Alkohol	51		
4.8 Alkoholmissbrauch Jugendlicher	52		
5 Medizinische Versorgung	54		
5.1 Hausarztichte	55		
5.2 Hausarztfälle	57		
5.3 Erreichbarkeit d. hausärztlichen Versorgung	58		
5.4 Facharztichte	59		
5.5 Facharztfälle	61		
5.6 Erreichbarkeit d. fachärztlichen Versorgung	62		
5.7 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte	64		
5.8 Bedarf ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte – Projektion	65		
5.9 Hebammen und Entbindungspfleger	66		
5.10 Apothekendichte	67		
5.11 Krankenhausbetten	68		
5.12 Krankenhausfälle	69		
5.13 Krankenhausfälle Projektion	70		
5.14 Erreichbarkeit Krankenhaus	71		
5.15 Rehabilitationsleistungen	72		
6 Pflegerische Versorgung	74		
6.1 Pflegebedürftigkeit	75		
6.2 Schwere der Pflegebedürftigkeit	76		
6.3 Pflegebedürftigkeit Projektion	77		
6.4 Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger	78		
6.5 Schwere der Pflegebedürftigkeit von Pflegegeldempfängerinnen u. -empfängern	79		
6.6 Ambulant betreute Pflegebedürftige	80		
6.7 Demenz	81		
6.8 Schwere der Pflegebedürftigkeit von ambulant betreuten Pflegebedürftigen	82		
6.9 Stationär betreute Pflegebedürftige	83		
6.10 Schwere der Pflegebedürftigkeit von stationär betreuten Pflegebedürftigen	84		
6.11 Pflegebetten und Tagespflegeplätze	85		
6.12 Kurzzeitpflegeplätze	86		
6.13 Hospiz- und Palliativbetten	87		
6.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	88		
7 Zusammenfassung der Themenbereiche	90		
7.1 Bevölkerung und sozioökonomischer Status	91		
7.2 Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten	92		
7.3 Medizinische und pflegerische Versorgung	94		
7.4 Herausforderungen und Chancen der Gesundheitsregion ^{plus}	96		
7.5 Zukünftige Entwicklung	98		
8 Handlungsempfehlungen	100		
9 Literatur	104		
10 Anhang A: Karten zur Erreichbarkeit der allgemeinen fachärztlichen Versorgung	106		
11 Anhang B: Vergleich der Gesundheitsregion ^{plus} mit Unterfranken	112		

Abkürzungsverzeichnis

AB-LK	Aschaffenburg Landkreis
AB-St	Kreisfreie Stadt Aschaffenburg
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH
BayLfStat	Bayerisches Landesamt für Statistik
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMI	Body-Mass-Index
BY	Bayern
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GR + AB	Gesundheitsregion ^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg
HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD-10	International Classification of Diseases and Conditions, Version 10
INKAR	Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LE	Lebenserwartung bei Geburt
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
PKW	Personenkraftwagen
PLZ	Postleitzahl
PYLL	Vorzeitig verlorene Lebensjahre (Potential years of life lost)
RKI	Robert Koch-Institut
SAGS	Institut für Sozialplanung, Jugend- und Altenhilfe, Gesundheitsforschung und Statistik
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
UFR	Bezirk Unterfranken
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
ZGZ	Zusammengefasste Geburtenziffer

1 Einführung

Seit 1. Januar 2021 findet der Aufbau der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg statt. Die Gesundheitsregion^{plus} ist ein regionales Netzwerk, welches als Plattform für Austausch, Koordination und Kooperation dient. Die Zusammenarbeit aller relevanten Stellen vor Ort ermöglicht regional abgestimmte Projekte, die genau auf die Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnitten sind. So können effiziente und nachhaltige Angebote entwickelt werden. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege unterstützt das Projekt durch Beratung und Fördermittel über einen Zeitraum von fünf Jahren (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2019).

An der Gesundheitsregion^{plus} sollen regionale Expertinnen und Experten aus der Kommunalpolitik, der Gesundheitsverwaltung, der Gesundheitsversorgung sowie Sozialversicherungsträger und weitere gemeinnützige Organisationen mitwirken.



Ziele der Gesundheitsregion^{plus}

Die Gesundheitsregion^{plus} widmet sich vorrangig den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege. Die oberste Zielsetzung der Gesundheitsregion^{plus} ist, den Gesundheitszustand der Bevölkerung – gerade auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit – zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2019). Ein weiteres Ziel der Gesundheitsregion^{plus} ist eine ressortübergreifende und themenorientierte Zusammenarbeit in Landkreis und Stadt Aschaffenburg. Dadurch sollen regionale medizinische, präventive und pflegerische Angebote optimiert und sichergestellt werden.

Erster regionaler Gesundheitsbericht

Dieser Gesundheitsbericht ist im Rahmen der ersten Bestands- und Bedarfserhebung der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg entstanden. Sein Ziel ist, die gesundheitliche Lage und Versorgung der Bevölkerung in der Region zu beschreiben und dabei nach Möglichkeit den vordringlichen Handlungsbedarf aufzuzeigen. Den Beteiligten und Interessierten soll damit ermöglicht werden, sich einen Überblick über das Gesundheitswesen zu verschaffen und sich an der Diskussion regionaler Fragen der Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Der Bericht dient außerdem als Handlungsgrundlage für die Arbeit der Gesundheitsregion^{plus}.

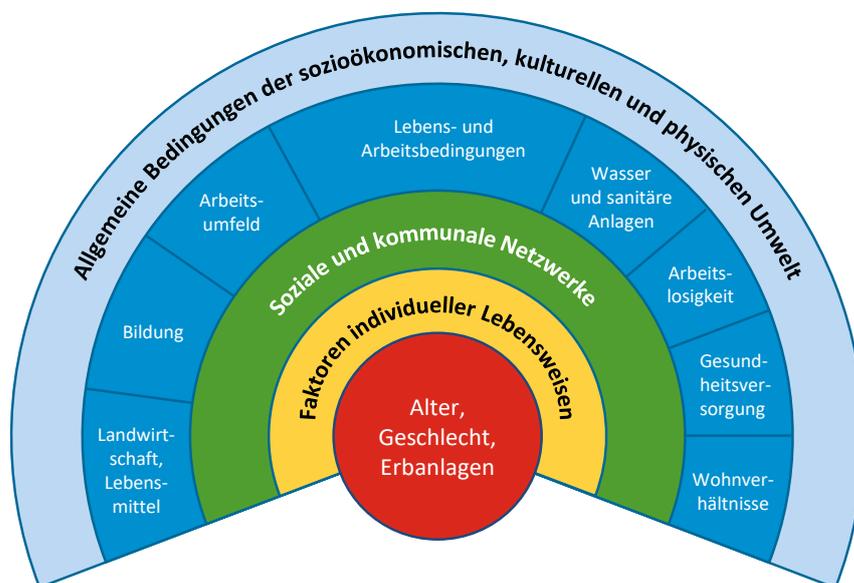
Das Konzept zur Erstellung der Bestands- und Bedarfsanalyse orientiert sich an den Vorgaben für eine Gesundheitsberichterstattung des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) und dessen veröffentlichten Gesundheitsindikatoren. Die Daten für diese Indikatoren sind öffentlich zugänglich und basieren auf der amtlichen Statistik und den vorhandenen Bedarfsplanungen. Die dort verwendeten Benchmarks wurden von den beteiligten Kammern, Behörden und der Wissenschaft entwickelt. Die subjektive Wahrnehmung der Bürgerinnen und Bürger der örtlichen Versorgungssituation kann von diesen amtlichen Vorgaben abweichen. Über diese Abweichungen kann hier wegen fehlender Daten nicht berichtet werden.

Die ausgewählten Gesundheitsmerkmale werden jeweils für die Gesundheitsregion^{plus} insgesamt und getrennt für den Landkreis Aschaffenburg und die Stadt Aschaffenburg sowie den Regierungsbezirk Unterfranken und das Land Bayern dargestellt. Die nach Themenbereich gegliederten Merkmale beinhalten jeweils Definition, Ziel, Ergebnis und Bewertung. Bei der Bewertung wird die Zuverlässigkeit der Daten beurteilt. Sofern entsprechende Daten vorliegen, wird außerdem die Entwicklung der Indikatoren aufgezeigt. Für einzelne Merkmale wird zudem die zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der vergangenen und aktuellen Datenlage vorausgeschätzt. Im zweiten Kapitel des Berichts werden Kennzahlen der Bevölkerungsstruktur und der wirtschaftlichen Situation der Gesundheitsregion^{plus} aufgeführt. Kapitel 3 thematisiert die gesundheitliche Situation der Bevölkerung. Im Teil Gesundheitsverhalten werden die Inanspruchnahme von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen sowie der Drogen- und Alkoholkonsum dargestellt. Der anschließende Abschnitt beschreibt Unterschiede in der Gesundheitsversorgung einschließlich der pflegerischen Versorgung.

Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Viele Fragestellungen im Gesundheitsbereich lassen sich nicht isoliert betrachten. Gesundheit und Krankheit sind nicht nur von der medizinischen Versorgung abhängig, sondern auch von den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie von weiteren Einflüssen außerhalb des Gesundheitswesens. Das „Regenbogenmodell“ (vgl. Abbildung 1) im Sinne des Konzepts „Health in All Policies“ (Gesundheit in allen Feldern der Politik) visualisiert Ansatzpunkte, um allen Menschen mehr Gesundheit zu ermöglichen. Diese Abbildung veranschaulicht die wichtigsten Determinanten der physischen und sozialen Umwelt, die verändert werden können und somit Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung darstellen. Die medizinische Versorgung stellt eine wichtige Determinante der Gesundheit dar. Es wird aber auch deutlich, dass der Einfluss der Gesundheitsversorgung auf den Gesundheits- und Krankheitszustand nur einer unter vielen ist.

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit



Quelle: Nach Dahlgren, Whitehead 1991.

Dateninformationen

Die Bestands- und Bedarfsanalyse für die Gesundheitsregion^{plus} stellt für alle wichtigen Themenbereiche und Fragenkomplexe des Gesundheitssystems Daten und Hintergrundinformationen bereit. Es gibt darüber hinaus – je nach Fragestellung – weitere Gesundheitsmerkmale, die eine wichtige Aussage über die Gesundheits- und Versorgungssituation in der Region geben können. Im Rahmen der Aktivitäten der Gesundheitsregion^{plus} werden weitere Daten zu ausgewählten Themen zusammengetragen und in zukünftigen Analysen veröffentlicht.

Die Bestands- und Bedarfsanalyse ist unabhängig, wissenschaftlich fundiert und basiert auf öffentlich zugänglichen Zahlen. Wesentliche Datengrundlage sind hier die Statistiken der Gesundheitsberichterstattung, die in den letzten Jahrzehnten in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, den Statistischen Landesämtern, den Kommunen sowie dem Statistischen Bundesamt entwickelt wurden.

Der Berichtszeitraum richtet sich nach der Datenverfügbarkeit. Der Gesundheitsbericht für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg bildet für die ausgewählten Kennzahlen den Datenstand zum Januar 2022 ab. In der Bestands- und Bedarfsanalyse werden die einzelnen Indikatoren jeweils für die Gesundheitsregion^{plus} insgesamt und getrennt für den Landkreis Aschaffenburg und die Stadt Aschaffenburg sowie den Regierungsbezirk Unterfranken und das Land Bayern dargestellt. Die Gesundheitsregion^{plus} wird in diesem Bericht als Region einschließlich der 32 Gemeinden des Landkreises sowie der kreisfreien Stadt Aschaffenburg definiert.

2 Bevölkerung und sozioökonomischer Status

Bevölkerungsdaten bilden die Grundlage für die Planung der Gesundheitsversorgung und der Berechnung von Kennziffern der Gesundheitsdeterminanten (siehe Kapitel 1 Einführung). Zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit besteht ein enger Zusammenhang. Ein niedriger sozioökonomischer Status geht beispielsweise mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verringerten Lebenserwartung einher. In diesem Abschnitt des Berichts werden daher Kennzahlen zur Bevölkerungsstruktur und zur wirtschaftlichen Situation für die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg aufgezeigt. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse des Kapitels kurz zusammengefasst.

Die Gesundheitsregion^{plus} weist, bedingt durch die topografischen und administrativen Gegebenheiten, eine deutlich höhere Bevölkerungsdichte als der bayerische Durchschnitt auf. Als Teil der Metropolregion „FrankfurtRheinMain“ verfügt die Gesundheitsregion^{plus} trotz bayerischer Randlage über sehr gute Standortbedingungen. Bedingt durch die Alterung der Bevölkerung sind erhebliche bevölkerungsstrukturelle Veränderungen zu erwarten, die wiederum strukturelle Anpassungen in der Gesundheitsversorgung erfordern. Im Status quo verzeichnet die Gesundheitsregion^{plus} einen geringeren Ausländeranteil, einen etwas niedrigeren Jugendquotienten und einen etwas höheren Altenquotienten als der Durchschnitt Bayerns. Die Erwerbstätigenquote ist leicht unterdurchschnittlich, während die Arbeitslosenquote leicht über dem Durchschnitt liegt. Das verfügbare Einkommen entspricht in etwa dem bayerischen Durchschnitt.

In der Vergangenheit weist die Gesundheitsregion^{plus} eine überdurchschnittliche Entwicklung des Altenquotienten, der Arbeitslosenquote, der Menschen mit Behinderung und der Personen, die Grundsicherung erhalten, auf.

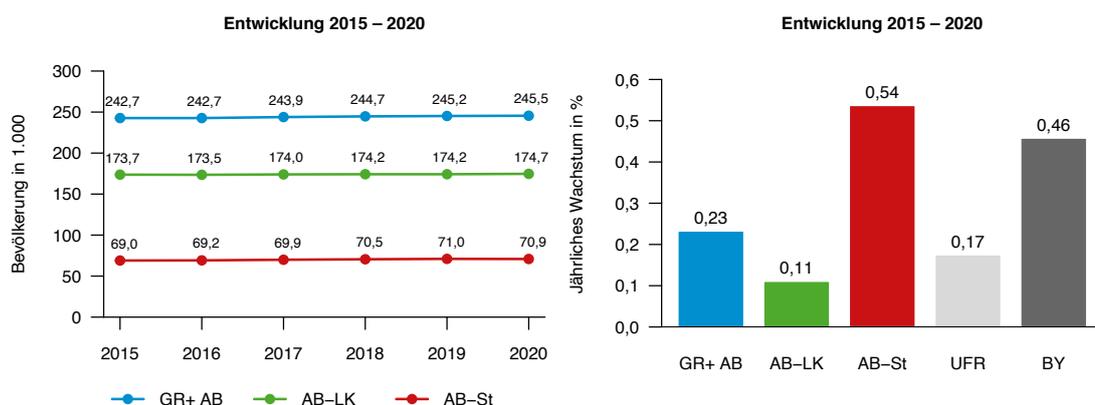
Was die zukünftige Entwicklung betrifft, ist das im Vergleich zu Bayern unterdurchschnittliche Bevölkerungswachstum auffällig, das mit einer etwas geringeren Geburtenrate einhergeht. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch das geringere Wachstum des Jugendquotienten als in Bayern insgesamt. Mittelfristig wird die Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus} aufgrund des zunehmenden Sterbefallüberschusses voraussichtlich sinken. Als Folge der fortlaufenden Alterung sind erhebliche strukturelle Veränderungen in der Bevölkerung zu erwarten. Diese Entwicklungen erfordern nicht nur Anpassungen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung, sondern auch in der Gesundheitsförderung und Prävention.

2.1 Bevölkerungsentwicklung 2015 – 2020

Entwicklung der Einwohnerzahlen von 2015 bis 2020

Zur Bevölkerung gehören alle Personen, die in Deutschland ihren (ständigen) Wohnsitz haben, einschließlich der hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer sowie Staatenlose. Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung. Insbesondere in größeren Städten gibt es im Hinblick auf Studierende und Erwerbstätige noch eine zum Teil größere Zahl von Einwohnerinnen und Einwohnern mit Neben- bzw. Zweitwohnsitz. Die Bevölkerungsentwicklung ergibt sich aus der Differenz zwischen der Geburten- und Sterberate und der Differenz von Zu- und Abwanderungen. Unter dem Aspekt des demografischen Wandels sind die zum Teil gegenläufigen Entwicklungen einzelner Altersgruppen zusätzlich zu analysieren.

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung 2015 – 2020



Die Einwohnerzahlen der Gesundheitsregion^{plus} stiegen von 2015 bis 2020 geringfügig an. Ihre Zunahme korrespondiert mit der Entwicklung im Regierungsbezirk Unterfranken. Ende 2020 lebten rund 71.000 Personen in der Stadt Aschaffenburg und rund 175.000 Personen im Landkreis Aschaffenburg. Das jährliche Wachstum war in der Stadt Aschaffenburg dabei gegenüber dem Landkreis und dem Regierungsbezirk Unterfranken überdurchschnittlich groß.

Bevölkerungsdaten werden als Grundlage zur Planung der medizinischen Versorgung und als Bezugsgröße für die Bildung von Gesundheitskennziffern (Raten und Verhältniszahlen) benötigt. Die Bevölkerungsentwicklung geht mit verschiedenen Herausforderungen einher und hat Auswirkungen auf Bereiche wie Bildung, Arbeitsmarkt, Wirtschaftswachstum, Infrastruktur und Alterssicherung. Gebiete mit starkem Bevölkerungswachstum durch Zuwanderungen sind beispielsweise mit Herausforderungen durch die Integration neuer bzw. zugezogener Bürgerinnen und Bürger konfrontiert. Grundsätzlich bedeutet eine stabile Bevölkerungsentwicklung nicht, dass sich auch die einzelnen Altersgruppen stabil entwickeln. Hier wird i. d. R. eine zunehmende ältere Bevölkerung durch eine abnehmende jüngere Bevölkerung ausgeglichen.

BayLfStat 2022, Tabelle 12411-001 für versch. Jahrgänge

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

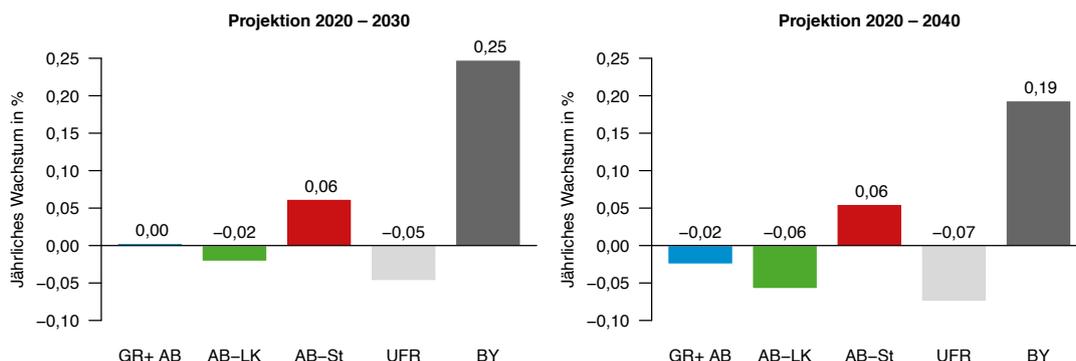
Quelle

2.2 Zukünftiger Bevölkerungsstand im Jahr 2030 und 2040

Definition Zukünftiger Bevölkerungsstand im Jahr 2030 und 2040

Ziel Mit einer Bevölkerungsprojektion (Bevölkerungsmodellrechnung) wird das Ziel verfolgt, eine Bevölkerung aufgrund von Annahmen nach Zahl und Struktur voraus zu schätzen. Die Bevölkerungsvorausberechnungen erheben jedoch keinen Anspruch, die Zukunft vorherzusagen. Allerdings helfen sie zu verstehen, wie sich die Bevölkerungszahl und die Bevölkerungsstruktur unter bestimmten demografischen Voraussetzungen entwickeln.

Abbildung 3: Zukünftiger Bevölkerungsstand im Jahr 2030 und 2040



Ergebnis Nach der Bevölkerungsvorausberechnung 2020 – 2040 des Bayerischen Statistischen Landesamts bleibt die Bevölkerungszahl in der Gesundheitsregion^{plus} in den nächsten beiden Jahrzehnten nahezu konstant. Ursache hierfür ist u. a., dass die Zahl der Geburten geringer ist als die Zahl der Sterbefälle. Dabei wird für die Stadt Aschaffenburg eine minimal positive Entwicklung prognostiziert. Für den Landkreis Aschaffenburg wird dagegen ein leichter Rückgang vorausgesagt. Bis 2040 summiert sich der erwartete Rückgang auf rund 1.300 Personen in der Gesundheitsregion^{plus}.

Bewertung In der Vorausberechnung wird der Bevölkerungsbestand – gegliedert nach 100 Altersjahren und Geschlecht – zu einem Stichtag in die Zukunft fortgeschrieben. Dies geschieht, wie in der Bevölkerungsfortschreibung, durch die Addition von Geburten und Zuzügen sowie die Subtraktion von Fortzügen und Sterbefällen. Als Ausgangsjahr werden die Daten der Bevölkerungsfortschreibung zum 01.01. eines festzulegenden Jahres genutzt sowie die Entwicklung der diesem Stichtag vorausgegangenen fünf Jahre. Durch die aktuellen und mögliche zukünftige Flüchtlingsströme kann es zu deutlichen Veränderungen bei der Bevölkerungsentwicklung kommen.

Die prognostizierte geringe Veränderung der Einwohnerzahl darf nicht über die sich verändernde Alterszusammensetzung der Bevölkerung hinwegtäuschen. Gerade die absolute und relative Zunahme der älteren Bevölkerungsgruppen impliziert zahlreiche Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung.

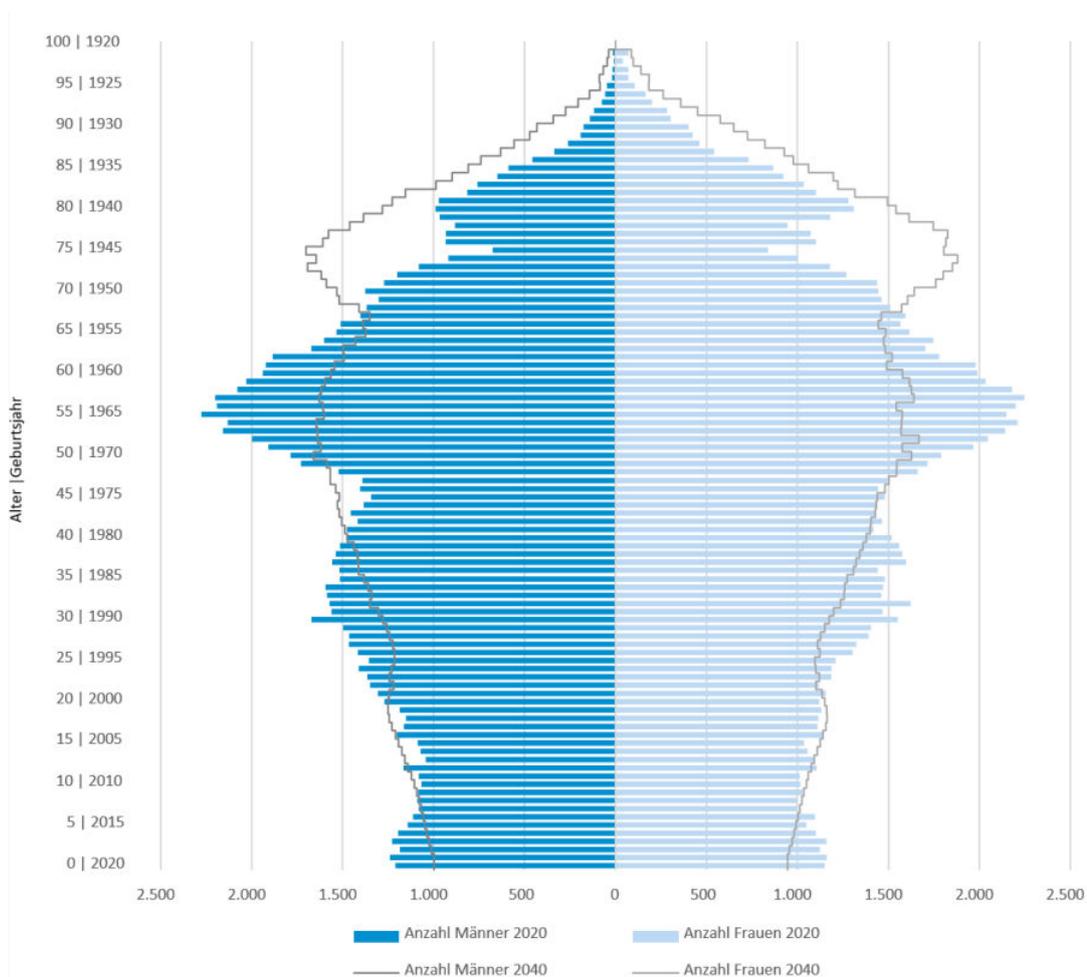
Quelle BayLfStat 2022, Tabelle 12421-001

2.3 Zukünftige Altersstruktur der Bevölkerung

Altersstruktur der Bevölkerung im Jahr 2020 im Vergleich zu 2040 nach Geschlecht

Der Indikator zeigt den zukünftigen Alterungsprozess nach einzelnen Alterskohorten. Die Betrachtung der Altersgruppen ist für die Bedarfsabschätzung besonders wichtig, da die einzelnen Geburtsjahrgänge aus historischen Gründen unterschiedlich besetzt sind. Entsprechend kam und kommt es zu Schwankungen in der Besetzung einzelner Altersgruppen und damit zu einer wellenförmigen Entwicklung einzelner Bedarfe, wie z. B. der Versorgungsbedarf im Zusammenhang mit Geburten, Gebärenden und (Klein-)Kindern.

Abbildung 4: Zukünftige Altersstruktur der Bevölkerung



Die Projektion der Bevölkerung nach Alterskohorten zeigt große Veränderungen in der Altersstruktur für die Gesundheitsregion^{plus}. So wird die Zahl der Personen in den Altersgruppen von ca. 20 bis ca. 40 Jahren und in den Gruppen von 48 bis 68 Jahren abnehmen. Dies gilt vor allem für Männer. Stark zunehmen wird die Zahl der Altersgruppe 70 Jahre und älter.

Die Veränderung der Alterspyramide zeigt, dass in den unmittelbar nächsten Jahren viele Personen aus dem Erwerbsleben ausscheiden und in Rente gehen werden. Dagegen sinkt die Zahl der Volljährigen als Indikator für die nachwachsenden Generationen.

BayLfStat 2022, Sonderauswertung der Bevölkerungsvorausberechnung 2020–2040; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

2.4 Bevölkerungsdichte

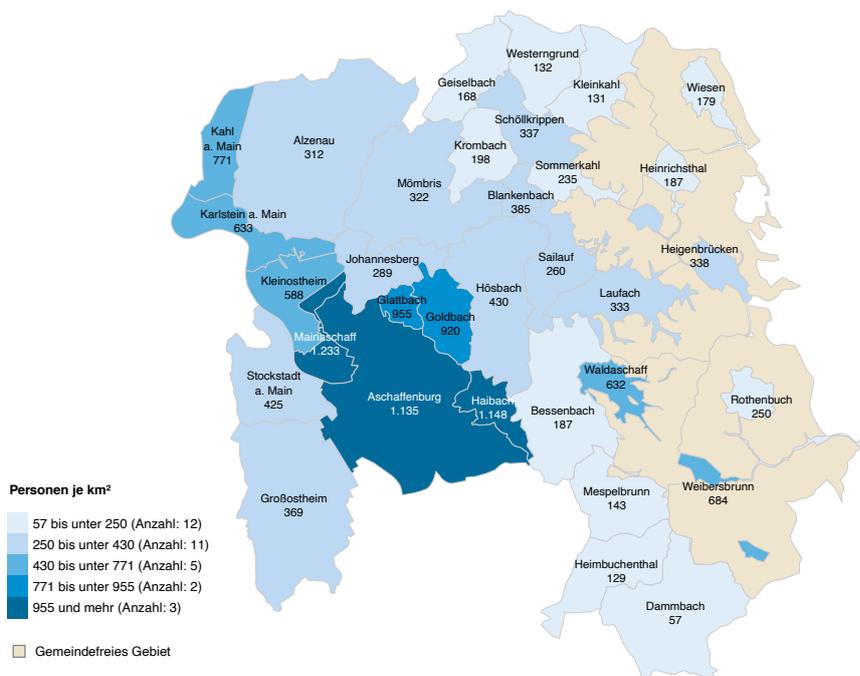
Definition

Mittlere Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner je km² (Gebietsfläche)

Ziel

Der Indikator bezieht die Einwohnerzahl (Wohnbevölkerung) der Region jeweils zum 31.12. eines Jahres auf die Gebietsfläche. Eine hohe Bevölkerungsdichte ist oft verbunden mit umweltbedingten Gesundheitsproblemen und Beeinträchtigungen der Lebensqualität.

Abbildung 5: Bevölkerungsdichte im Jahr 2020



Ergebnis

Die Bevölkerung konzentriert sich in der Gesundheitsregion^{plus} auf die Stadt Aschaffenburg und die Gemeinden am Stadtrand. Eine hohe Bevölkerungsdichte weist darüber hinaus Kahl am Main auf. Im Gegensatz hierzu haben die Gemeinden im Spessart die geringste Bevölkerungsdichte. Die gemeindefreien Gebiete im Nordosten des Landkreises haben als bewaldete Flächen eine Bevölkerungsdichte von 0. Entsprechend variiert die Dichte der Bevölkerung. Besonders in der Stadt Aschaffenburg ist die Bevölkerungsdichte mit 1.135 Personen je km² sehr hoch. Dort leben rund 29 % der Menschen auf 8 % der Fläche der gesamten Gesundheitsregion^{plus}. Im Landkreis Aschaffenburg leben rund 250 Menschen je km². Durch den Verdichtungsraum Aschaffenburg liegt die Einwohnerdichte der Gesundheitsregion^{plus} mit 322 Menschen je km² deutlich über der von Unterfranken (155) und Bayern (186). Die Bevölkerungsdichte ist in der Stadt Aschaffenburg zwischen 2015 und 2020 geringfügig gestiegen, während sie im Landkreis Aschaffenburg weitestgehend konstant blieb.

Bewertung

Die Bevölkerungsdichte gibt Hinweise auf die regionalen Siedlungsstrukturen. Sie prägt i. d. R. nicht nur die Nähe zur medizinischen Versorgung, sondern hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Oft sind Grenzen historisch entstanden. Auch die Wohnungsbelegung (Anzahl der Personen pro Wohnungseinheit) hat einen Einfluss.

Quelle

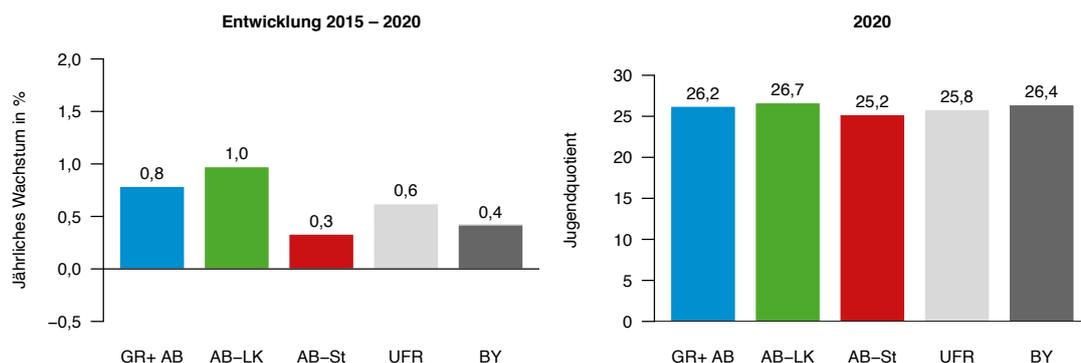
BayLfStat 2022, Tabelle 12411-001, versch. Jahrgänge; Berechnungen SAGS; BayLfStat 2021b

2.5 Jugendquotient

Quotient aus Kindern und Jugendlichen (unter 18 Jahre) dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent

Der Jugendquotient ist ein Indikator aus der Demografie, der zur Beschreibung des Verhältnisses der Generationen zueinander herangezogen wird. Er informiert über das Verhältnis der nachwachsenden zur erwerbstätigen Bevölkerung. Im Zeitverlauf beschreibt er die Entwicklung der (unter anderem finanziellen) Belastung der Erwerbsbevölkerung durch die Versorgung der Jungen. Grundlage für die Berechnung ist die Bevölkerung (Wohnbevölkerung) jeweils zum Jahresende.

Abbildung 6: Jugendquotient



Der Jugendquotient ist in der Gesundheitsregion^{plus} seit 2015 stetig gestiegen, d. h. der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Bevölkerung in der Region nimmt zu. Auffallend ist dabei das überdurchschnittliche Wachstum des Jugendquotienten im Landkreis Aschaffenburg von 2015 bis 2020. Im Jahr 2020 sind die Werte von Stadt und Landkreis Aschaffenburg ähnlich, wobei der Jugendquotient im Landkreis etwas höher ist als in der Stadt Aschaffenburg. Im Vergleich zu den anderen Regionen zeigt sich, dass der Jugendquotient in Unterfranken im Jahr 2020 leicht unter dem Wert der Gesundheitsregion^{plus} liegt; der von Bayern liegt leicht darüber. Eine Erklärung dafür ist, dass neugegründete Familien häufiger in weniger verdichtete Gebiete ziehen und der Zuzug von ausländischen Personen vor allem die erwerbstätige Bevölkerung stärkt (vgl. Indikator 2.10). Städte wie Aschaffenburg verfügen damit über einen geringeren Jugendquotient.

Im Lebenszyklus ändert sich die Anfälligkeit für Krankheiten und Unfälle und somit der medizinische Versorgungsbedarf. Veränderungen im Altersspektrum einer Region ziehen somit Veränderungen des Versorgungsbedarfs nach sich. Dieser Quotient ist zwar nur ein relativ grobes Maß für die tatsächliche Entwicklung der Altersstruktur, eignet sich jedoch für einen ersten Überblick. Jugend- und Altenquotient geben auch Aufschluss über den Bevölkerungsanteil, der noch nicht bzw. nicht mehr am Erwerbsleben teilnimmt.

BayLfStat 2022, Tabelle 12411-007s, versch. Jahrgänge; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

2.6 Jugendquotient Projektion

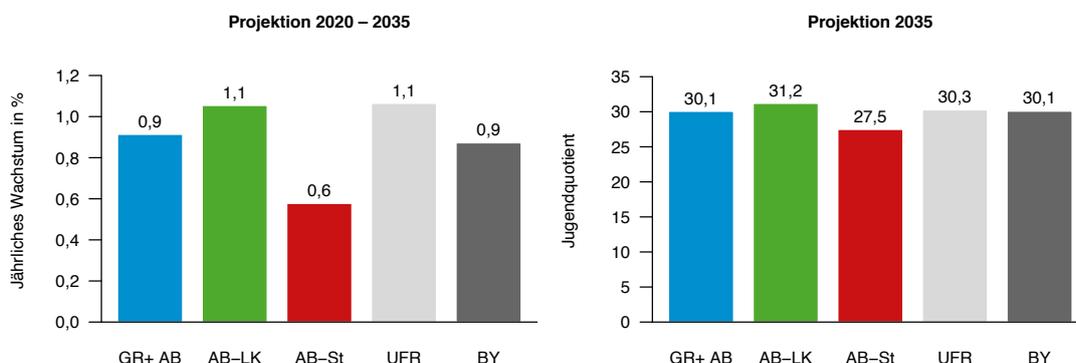
Definition

Zukünftige Entwicklung des Jugendquotienten (Quotient aus unter 18-Jährigen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent)

Ziel

Der prognostizierte Jugendquotient gibt Aufschluss über den zukünftigen Bevölkerungsanteil der noch nicht am Erwerbsleben teilnehmenden Personen im Verhältnis zu den erwerbsfähigen Personen.

Abbildung 7: Jugendquotient Projektion



Ergebnis

Seit dem Jahr 2015 steigen in Bayern wie auch in Unterfranken und der Gesundheitsregion^{plus} sowohl die absolute Zahl der Geburten als auch die Zahl der Kinder je Frau. Bis 2035 wird mit einem weiteren Anstieg des Jugendquotienten gerechnet. Das jährliche Wachstum beträgt in der Gesundheitsregion^{plus} rund 0,9 %. Ursache hierfür ist die Generationenabfolge. Aktuell werden die Altersgruppen mit den häufigsten Geburten von geburtenstarken Mütterjahrgängen aus den Jahren um 1990 gebildet. Um 2010 herum waren geburtenschwache Mütterjahrgänge um das Jahr 1980 in diesen Altersgruppen. In Folge des Geburtenanstiegs steigt auch die Zahl der Minderjährigen und damit der Zähler des Jugendquotienten. Im Jahr 2035 wird der Quotient im Landkreis Aschaffenburg weiter überdurchschnittlich hoch liegen, während er in der Stadt weiter unterdurchschnittlich sein wird.

Bewertung

Der Quotient ist nur ein relativ grobes Maß für die tatsächliche Entwicklung der Altersstruktur, eignet sich jedoch für einen Überblick. Der prognostizierte Indikator berücksichtigt auch die Effekte von Wanderungen. Die steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen wirkt sich direkt auf den Bedarf von Gesundheitsangeboten für diese Altersgruppe aus.

Quelle

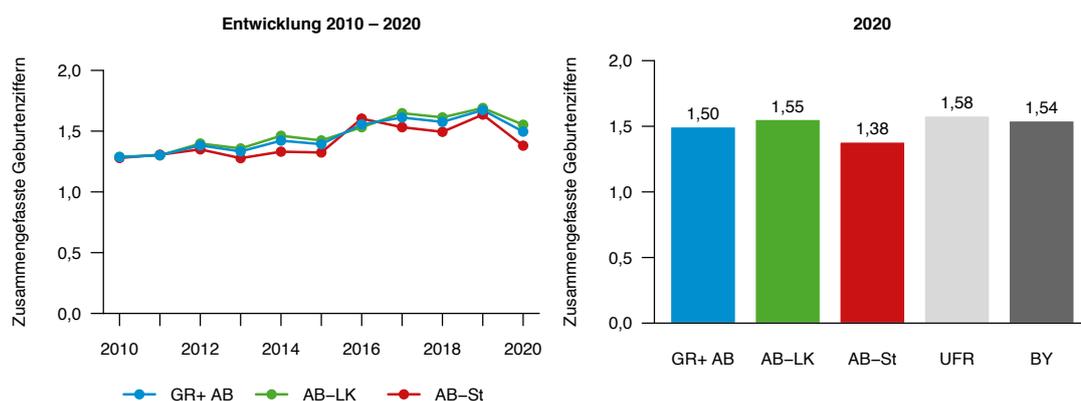
BayLfStat 2022, Sonderauswertung der Bevölkerungsvorausberechnung 2020 – 2040; Berechnungen SAGS

2.7 Zusammengefasste Geburtenziffer

Geburten je Frau im Alter von 15 bis 49 Jahren

Die zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ) gibt die Anzahl der Lebendgeborenen je Frau im Alter von 15 bis 49 Jahren wieder. Die ZGZ ist ein vom Alters- und Geschlechtsaufbau einer Bevölkerung unabhängiges Maß für die Fertilität. Um dem Einfluss zufälliger Schwankungen vorzubeugen, wird der Indikator kleinräumig oft auch als Durchschnittswert über mehrere Jahre berechnet.

Abbildung 8: Zusammengefasste Geburtenziffer (ZGZ)



Die Entwicklung der ZGZ deutet auf einen Anstieg der Geburten in der Gesundheitsregion^{plus} Stadt und Landkreis Aschaffenburg, in Unterfranken wie in Bayern hin. Aufgrund der besonderen Bevölkerungsstruktur der Stadt Aschaffenburg als Hochschulstadt liegt das Niveau in der Stadt deutlich unter dem Durchschnitt. Für den Landkreis Aschaffenburg ergibt sich im Jahr 2020 mit 1,55 Kindern je Frau eine Geburtenziffer, die knapp über dem bayerischen Durchschnitt (1,54) liegt. In der Stadt liegt die ZGZ bei 1,38 und in der Gesundheitsregion^{plus} bei 1,50.

Der Anstieg der Zahl der Kinder je Frau wird als (erhofftes) Ergebnis der zahlreichen familienpolitischen Maßnahmen auf allen politischen Ebenen interpretiert. Die Geburtenziffer, bei der eine Bevölkerung ohne Wanderung langfristig auf einem konstanten Niveau bleibt, liegt rechnerisch bei etwa 2,1 Kindern pro Frau. Nicht zuletzt ist dies bedingt durch die bis ca. 1990 leicht angestiegene Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter. Die zusammengefasste Geburtenziffer (total fertility rate) ist eine hypothetische Kennziffer. Sie errechnet sich aus der Summe aller altersspezifischen Geburtenziffern der Altersjahrgänge 15 bis 49 für ein Kalenderjahr.

BayLfStat 2022, Tabellen 12411-007s und 12612-003r; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

2.8 Altenquotient

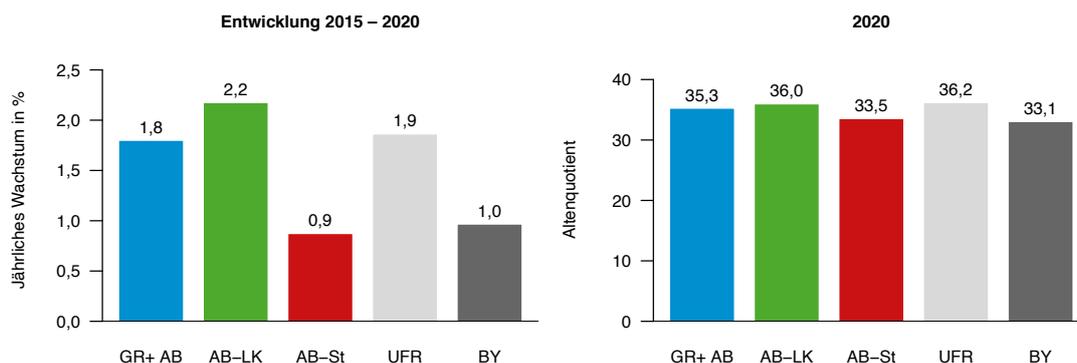
Definition

Quotient der 65-Jährigen und Älteren dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent

Ziel

Die Beziehung zwischen den verschiedenen Altersgruppen ist ein Charakteristikum für den Alterungsprozess einer Bevölkerung. Der Altenquotient beschreibt das Verhältnis der Personen im potenziell erwerbsfähigen Alter zwischen 18 und 64 Jahren zu den über 64-Jährigen, also zu Personen, die i. d. R. nicht mehr im Erwerbsleben stehen. Grundlage für die Berechnung ist die Bevölkerung (Wohnbevölkerung) jeweils zum Jahresende.

Abbildung 9: Altenquotient



Ergebnis

Der Altenquotient in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg ist seit 2015 kontinuierlich gestiegen, d. h. der Anteil der über 64-jährigen Personen an der Bevölkerung nimmt zu. Dabei ist der Altenquotient in der Stadt Aschaffenburg von 2015 bis 2020 deutlich langsamer gestiegen als im Landkreis Aschaffenburg. Im Vergleich zeigt sich, dass der Altenquotient im Landkreis und in der Stadt Aschaffenburg über dem bayerischen Wert (33,1 %) liegt, sich allerdings noch unter dem Altenquotienten Unterfrankens (36,2 %) befindet. Betrachtet man die strukturellen Veränderungen der Bevölkerung im Landkreis und der Stadt Aschaffenburg, so zeichnet sich eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur hin zu den höheren Altersklassen ab.

Bewertung

Die Altersstruktur heute hat einen weitreichenden Einfluss auf den Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen in den nächsten Jahrzehnten. Überwiegend ältere Menschen sind von der Pflegebedürftigkeit betroffen. Die künftige Anzahl zu pflegender Menschen und der stationär zu behandelnden Patientinnen und Patienten dürfte daher entscheidend von der zahlenmäßigen Entwicklung der Menschen im höheren Alter abhängen.

Quelle

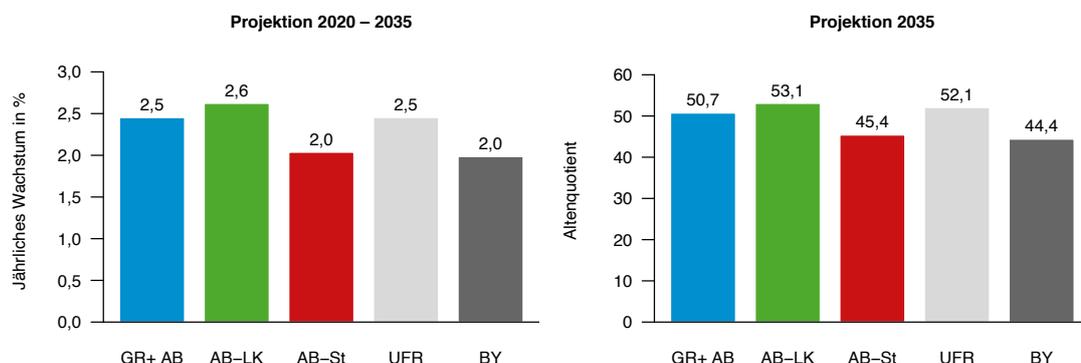
BayLfStat 2022, Tabelle 12411-007s, versch. Jahrgänge; Berechnungen SAGS

2.9 Altenquotient Projektion

Zukünftige Entwicklung des Altenquotienten (Quotient der über 64-Jährigen dividiert durch die 18- bis 64-Jährigen in Prozent)

Der prognostizierte Altenquotient gibt Aufschluss über den Bevölkerungsanteil, der i. d. R. nicht mehr am Erwerbsleben teilnimmt, im Vergleich zu den erwerbsfähigen Personen.

Abbildung 10: Altenquotient Projektion



Aktuell liegt der Altenquotient in Unterfranken und der Gesundheitsregion^{plus} nur wenige Prozent über dem bayerischen Wert (vgl. Indikator 2.8). In den nächsten 15 Jahren steigt der Altenquotient auf Basis der Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung in der Gesundheitsregion^{plus} mit einem mittleren Wachstum (2,5 % jährlich) deutlich stärker als für Bayern (2,0 % jährlich). Dies liegt vor allem am stärkeren Wachstum im Landkreis (2,6 % jährlich). Im Jahr 2035 wird der Altenquotient in der Gesundheitsregion^{plus} mit 50,7 % deutlich über dem Wert Bayerns (44,4 %), aber noch unter dem Unterfrankens (52,1 %) liegen. Dementsprechend steigen die daraus resultierenden Herausforderungen an die Versorgung der älteren Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsregion^{plus} überdurchschnittlich. Ursache ist u. a. das Nachrücken zunehmend geburtenstarker Jahrgänge in die Altersgruppe 65 Jahre und älter.

Der Quotient ist zwar nur ein grobes Maß für die tatsächliche Entwicklung der Altersstruktur, eignet sich jedoch für einen Überblick. Der Indikator enthält auch die Effekte von Wanderungen. Diese haben auf der Ebene der Gesundheitsregion^{plus} eine nur geringe Bedeutung für die über 64-Jährigen.

BayLfStat 2022, Sonderauswertung der Bevölkerungsvorausberechnung 2020 – 2040; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

2.10 Ausländische Bevölkerung

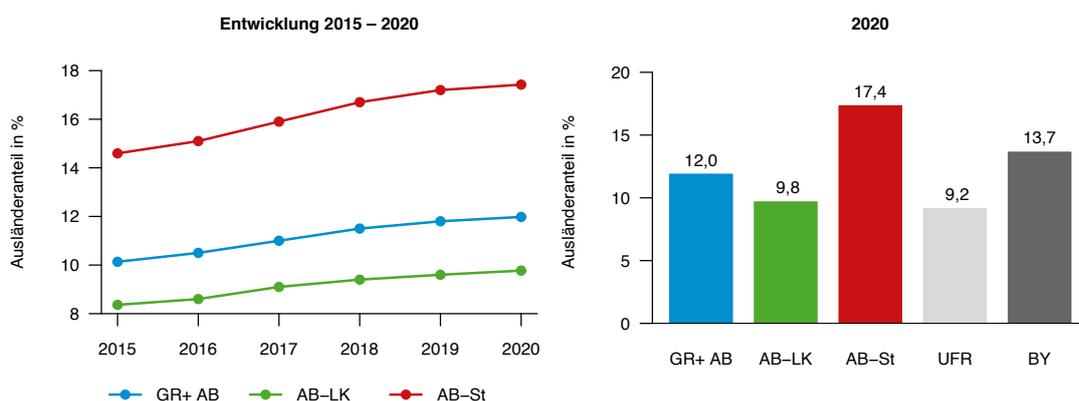
Definition

Anteil der ausländischen Bevölkerung mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit am 31.12. des Jahres

Ziel

Die ausländische Bevölkerung stellt einen Teil der Bevölkerung in Deutschland dar, der sowohl für die Planung der medizinischen Versorgung als auch als Bezugspopulation für die Bildung von Kennziffern (Raten und Ratios) bedeutsam ist. Da (Alters-)Struktur und soziale Lage der ausländischen Bevölkerung sich deutlich von der deutschen unterscheiden, ist eine gesonderte Darstellung erforderlich.

Abbildung 11: Ausländische Bevölkerung



Ergebnis

Der Ausländeranteil ist in allen Regionen Bayerns seit dem Jahr 2015 stark gewachsen. In der Gesundheitsregion^{plus} erhöhte er sich von 10,1 % auf 12,0 % im Jahr 2020 und liegt damit deutlich über dem Wert für Unterfranken (9,2 %), aber noch eindeutig unter Bayern (13,7 %). Ursache hierfür ist ein mit 17,4 % sehr hoher Anteil in der Stadt Aschaffenburg. Der Landkreis liegt dagegen mit 9,8 % nur leicht über dem unterfränkischen Wert. Der Anstieg des Ausländeranteils korrespondiert mit einer erhöhten Zuwanderung aus dem Ausland. Neben der Flüchtlingszuwanderung ist hier vor allem die starke, kontinuierliche Zuwanderung in den Arbeitsmarkt als Ursache zu nennen.

Bewertung

Zur ausländischen Bevölkerung gehören alle hier gemeldeten Ausländerinnen und Ausländer. Gezählt wird die Bevölkerung am Ort der alleinigen bzw. Hauptwohnung. Zu beachten ist die begriffliche Abgrenzung zu den Personen mit Migrationshintergrund. Diese sind Personen, die selbst oder von denen mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurden.

Quelle

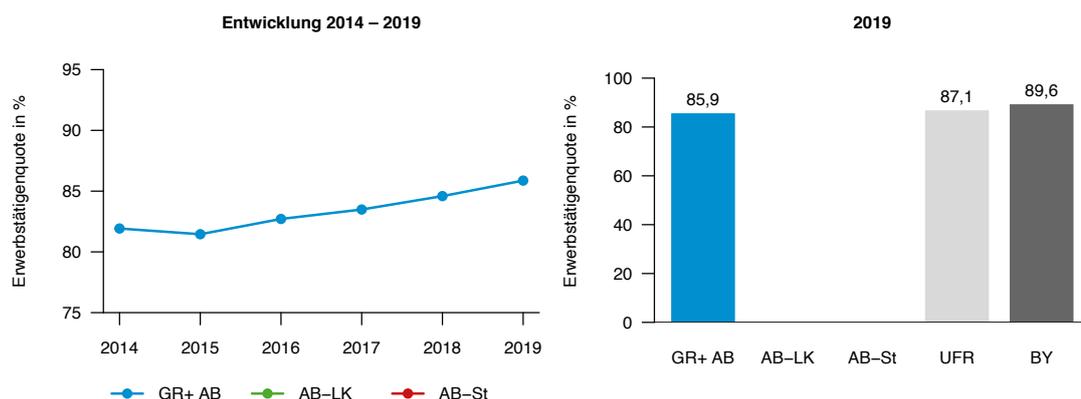
BayLfStat 2022, Tabelle 12411-005z, verschiedene Jahrgänge; Berechnungen SAGS

2.11 Erwerbstätigenquote

Anteil der erwerbstätigen Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren an der gleichaltrigen Bevölkerung in Prozent

Erwerbstätige sind Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (einschließlich Soldatinnen und Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbstständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Die Erwerbstätigenquote wird als prozentualer Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis 64 Jahren an der Bevölkerung der gleichen Altersgruppe berechnet. Regional werden die Erwerbstätigen an ihrem Wohnort nachgewiesen.

Abbildung 12: Erwerbstätigenquote



Die Erwerbstätigenquote in der Gesundheitsregion^{plus} ist geprägt durch das Arbeitsplatzangebot in der Stadt Aschaffenburg. Mit 85,9 % ist sie in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Unterfranken und Bayern unterdurchschnittlich. Betrachtet man den Zeitraum von 2014 bis 2019, zeigt sich, dass die Erwerbstätigenquote der Gesundheitsregion^{plus} – mit Ausnahme von 2015 – stetig angestiegen ist. Die Daten werden nicht getrennt für Landkreis und Stadt Aschaffenburg erhoben.

Die Erwerbstätigen erwirtschaften den größten Anteil der finanziellen Grundlagen für das Sozialversicherungssystem in Deutschland. Der Indikator beschränkt die Zahl der Erwerbstätigen auf die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen.

BayLfStat 2022, Tabelle 13312-002, verschiedene Jahrgänge; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

2.12 Arbeitslosenquote

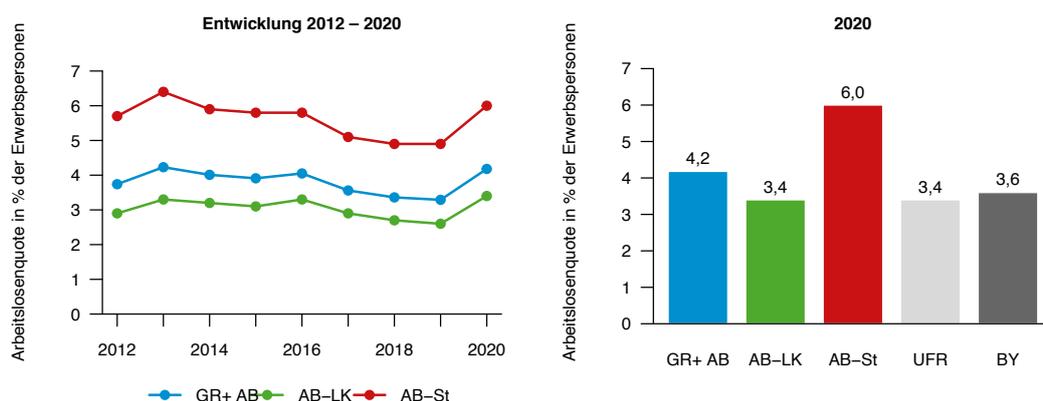
Definition

Anteil der Arbeitslosen an den abhängigen zivilen Erwerbspersonen in Prozent

Ziel

Indikatoren zur Arbeitslosigkeit werden als grundlegende Aussagen zur sozioökonomischen Lebenssituation genutzt. Zu Arbeitslosen zählen Personen, die in keinem Arbeitsverhältnis stehen – abgesehen von einer geringfügigen Beschäftigung –, die sich als Arbeitsuchende beim Arbeitsamt gemeldet haben, eine Beschäftigung von mindestens 18 Stunden für mehr als drei Monate suchen, für eine Arbeitsaufnahme sofort zur Verfügung stehen, nicht arbeitsunfähig erkrankt sind und das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Arbeitslosenquote ist sowohl im Zähler als auch im Nenner wohnortbezogen, wobei Pendler nicht berücksichtigt werden.

Abbildung 13: Arbeitslosenquote



Ergebnis

Die Arbeitslosenquote in der Gesundheitsregion^{plus} ist gegenüber den 2000er Jahren stark gefallen, hat aber im Jahr 2020 aufgrund der Covid-19-Pandemie einen Anstieg erfahren. Insgesamt liegt die Arbeitslosenquote in der Gesundheitsregion^{plus} bei 4,2 %. Während die Arbeitslosenquote in der Stadt mit 6,0 % deutlich über dem unterfränkischen und bayerischen Wert liegt, ist sie im Landkreis Aschaffenburg mit 3,4 % genauso hoch wie in Unterfranken, jedoch niedriger als in Bayern insgesamt. Höhere Arbeitslosenquoten in Städten sind ein Ausdruck der höheren Arbeitslosigkeit der ausländischen Bevölkerung und eines höheren Anteils von Menschen in schwierigen Lebenssituationen. Nicht anerkannte Qualifikationen und mangelnde Sprachkenntnisse stellen hier die größten Barrieren auf dem deutschen Arbeitsmarkt dar.

Bewertung

Die Arbeitslosenquote ist der zentrale Arbeitsmarktindikator, der in hohem Maße von wirtschaftlicher Entwicklung und Wirtschaftsstruktur abhängig ist. Regionale Unterschiede des Armutsniveaus werden i. d. R. mit unterschiedlichen Arbeitslosenquoten in den Regionen in Verbindung gebracht. Bezugsgruppe sind alle zivilen Erwerbspersonen. Viele der Beschäftigten wohnen allerdings außerhalb der Stadtgrenzen und pendeln zum Arbeiten in die Stadt. Berücksichtigt man bei der Berechnung die Pendlerbilanz (als Anteil an den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten), sind die Stadt-Land-Unterschiede deutlich geringer (arbeitsortbezogene Quoten).

Quelle

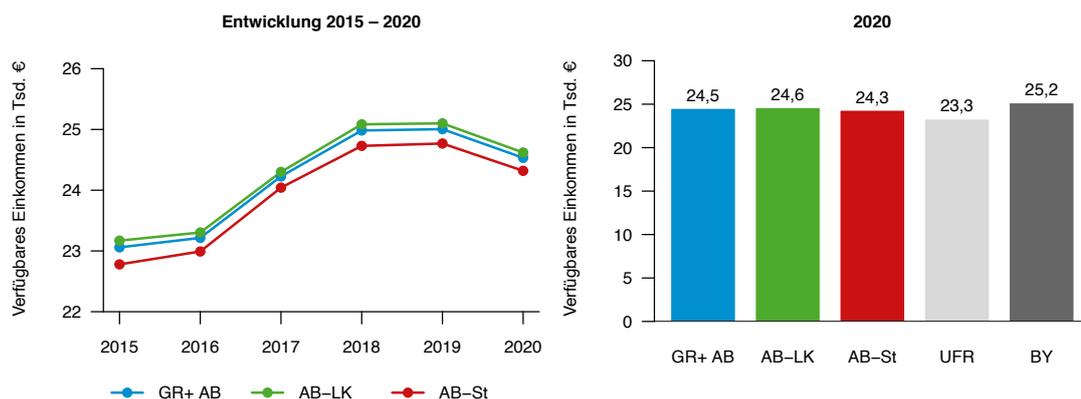
BayLfStat 2022, Tabellen 13111-001 und 13211-003a; Berechnungen SAGS

2.13 Verfügbares Einkommen

Verfügbares Jahreseinkommen der privaten Haushalte je Einwohnerinnen und Einwohner

Das verfügbare Einkommen (Nettoerwerbs- und Vermögenseinkommen) ist ein Indikator der Wohlfahrt. Er gibt Aufschluss über die potenzielle Kaufkraft der privat Konsumierenden. Die Einkommenswerte je Einwohnerin und Einwohner erlauben den Vergleich mit anderen Regionen. Das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte ergibt sich aus den Bruttoerwerbs- und Vermögenseinkommen der privaten Haushalte unter Berücksichtigung laufender Übertragungen (Transfers), wie z. B. Steuern und Sozialbeiträge.

Abbildung 14: Verfügbares Einkommen



Das verfügbare Einkommen je Person liegt in der Gesundheitsregion^{plus} mit 24.533 € deutlich über dem unterfränkischen (+5,1 %), aber noch unter dem bayerischen Wert (-2,8 %). Der Unterschied zwischen der Stadt Aschaffenburg und dem Landkreis ist dabei eher gering (rund 300 €). Das Einkommenswachstum in der Gesundheitsregion^{plus} liegt seit 2015 um 2 % höher als in Bayern bzw. um 1 % höher als in Unterfranken. Durch die ökonomischen Auswirkungen der Coronapandemie sind die verfügbaren Einkommen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 2 % gesunken.

Einkommen und Gesundheit sind im Allgemeinen positiv korreliert. Mit dem Wachstum des Einkommens steigen im Allgemeinen auch die Ansprüche an das Gesundheitssystem.

Nexiga LOCAL® 2021, Haushaltsstrukturdaten; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

2.14 Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger

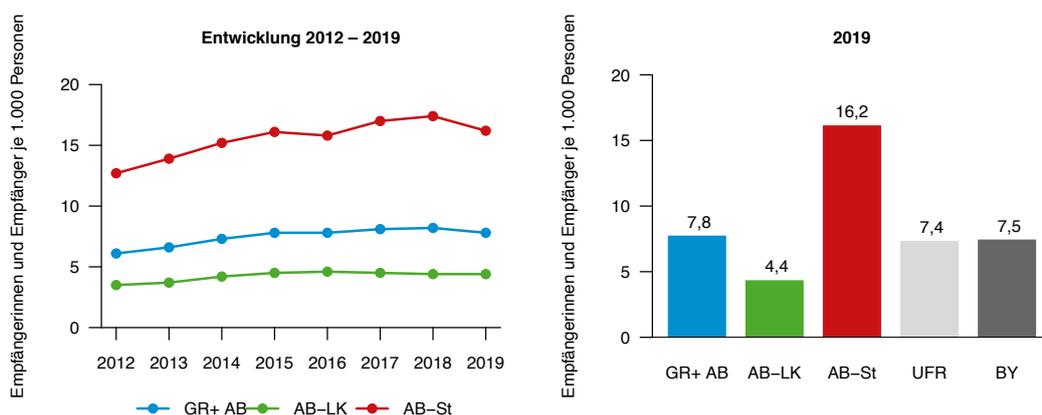
Definition

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung je 1.000 Personen

Ziel

Hilfe zum Lebensunterhalt wird gewährt, wenn der notwendige Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln, vor allem aus dem Einkommen und Vermögen oder aus Rentenleistungen möglich ist. Der Indikator zeigt die Anzahl von Personen, die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung empfangen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Abbildung 15: Sozialleistungsempfängerinnen und -empfänger



Ergebnis

In der Gesundheitsregion^{plus} leben die meisten Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfe in der Stadt Aschaffenburg. Rund 16,2 von 1.000 Personen bezogen im Jahr 2019 Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Im Landkreis Aschaffenburg waren es dagegen nur 4,4 Personen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit ergibt sich ein rechnerischer Durchschnitt von 7,8 für die Gesundheitsregion^{plus}. Der Wert liegt geringfügig über dem bayerischen Schnitt (7,5), ist aber zuletzt wieder gesunken. Die Entwicklung zeigt, dass die Quote des Landkreises in den letzten Jahren weitestgehend konstant geblieben ist. In der Stadt Aschaffenburg stieg die Anzahl an Empfängerinnen und Empfängern bis 2018 an und sank zuletzt im Jahr 2019.

Bewertung

Personen in prekären Lebenslagen haben oftmals höhere Gesundheitsrisiken. Mehr als 40 % der Empfängerinnen und Empfänger sind aufgrund einer Krankheit oder Behinderung erwerbsgemindert. Erwerbsgeminderte müssen für die Leistungsberechtigung mindestens 18 Jahre alt sein. Als einfache Faustregel gilt: Bei einem monatlichen Einkommen von insgesamt unter 924 Euro besteht Anspruch auf Grundsicherung.

Quelle

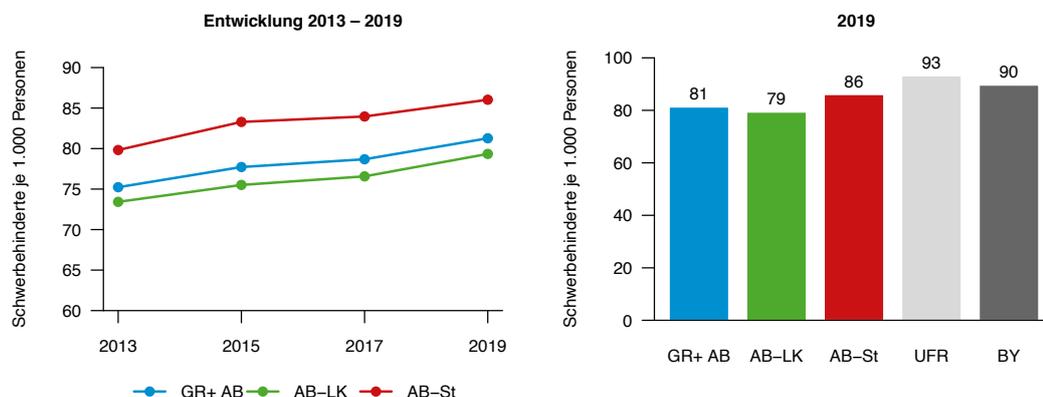
BayLfStat 2022, verschiedene Tabellen zu Sozialleistungen und Bevölkerung; Berechnungen SAGS

2.15 Menschen mit Behinderung

Schwerbehinderte (Grad der Behinderung von 50 % und mehr) je 1.000 Personen

Ziel des Indikators ist, Menschen mit einem Grad der Behinderung von 50 % und mehr im Sinne des Schwerbehindertengesetzes zu erfassen, da deren gesunde Lebenserwartung und Lebensqualität in der Regel eingeschränkt ist.

Abbildung 16: Menschen mit Behinderung



In der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg leben im Mittel weniger Schwerbehinderte als in Bayern und Unterfranken. Während Bayern im Jahr 2019 90 Schwerbehinderte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner verzeichnete, waren es in der Gesundheitsregion^{plus} 81. Im Vergleich von Stadt und Landkreis hätte man aufgrund des letzten Indikators (2.14) zu den Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherung eine deutlich höhere Zahl von Behinderten in der Stadt Aschaffenburg erwartet. Das ist jedoch nicht der Fall, da in der Stadt Aschaffenburg die Grundsicherung der Sozialhilfe überwiegend von Personen über der Altersgrenze bezogen wird. In den Jahren 2013 – 2019 stieg unabhängig davon die Anzahl der Menschen mit Behinderung in der Gesundheitsregion^{plus} stetig an.

Da die Schwerbehindertenrate proportional zum Alter ansteigt, ist zu erwarten, dass Regionen mit einem entsprechenden Altersaufbau mehr Schwerbehinderte ausweisen. Durch eine indirekte Altersstandardisierung kann der Altersstruktureffekt im Vergleich zu Bayern berücksichtigt werden. Eine solche Standardisierung wurde hier nicht vorgenommen.

LGL 2021a, Indikator 03.45

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

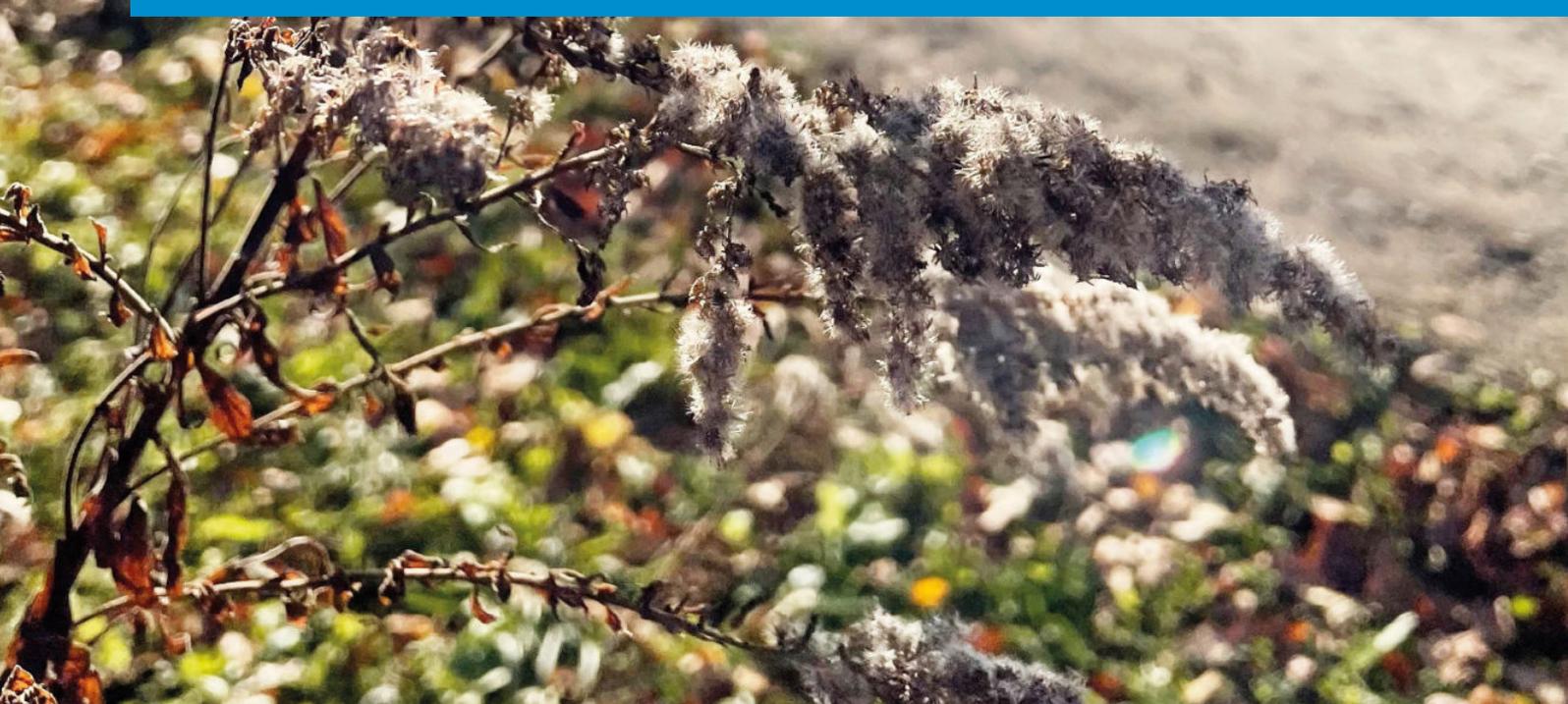
3 Gesundheitliche Situation

Die Indikatoren zur gesundheitlichen Lage informieren über die allgemeine und spezifische Situation der Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg im Vergleich zum Regierungsbezirk Unterfranken und zu Bayern insgesamt. So weisen Morbidität und Mortalität auf die Bedeutung von Krankheiten, die Beeinträchtigung der Lebensqualität und die erforderliche Versorgung hin. Die todesursachenspezifische Sterblichkeit dient der Bewertung von Krankheiten und Ereignissen, die zum Tode führen, sowie indirekt zur Abschätzung der Morbiditätsrisiken und zur Bewertung der Präventions- und Versorgungsqualität. In diesem Kapitel werden 17 Merkmalen zur gesundheitlichen Lage präsentiert und im folgenden Abschnitt kurz zusammengefasst.

Die Gesundheitsregion^{plus} ist durch eine etwas höhere Lebenserwartung als im bayerischen Durchschnitt geprägt. Dies ist bei den Frauen wie auch bei den Männern der Fall und korrespondiert mit der Abnahme der vorzeitigen Sterblichkeit seit dem Jahr 2012. Dies bedeutet, dass, gemessen am bayerischen Durchschnitt, in der Gesundheitsregion^{plus} weniger Menschen vorzeitig gestorben sind, als zu erwarten gewesen wäre.

Bei den Indikatoren Asthma, Krebsneuerkrankungen, Herzinfarkt und Schlaganfall ist in der Gesundheitsregion^{plus} eine geringere Behandlungsmorbidität im Vergleich zu Bayern zu erkennen. D. h., es werden dort anteilig weniger Personen aufgrund der genannten Krankheiten behandelt als in Bayern. Ein direkter Rückschluss auf die Krankheitshäufigkeit ist dadurch jedoch nicht möglich, da die Zahl der Behandlungsfälle durch z. B. Mehrfachbehandlungen und das Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst wird. Der Anteil der behandelten Personen mit ADHS, Diabetes mellitus und affektiven Störungen sowie der Krankenstand sind in der Gesundheitsregion^{plus} dagegen höher als in Bayern.

Auffällig ist die geringere Behandlungsmorbidität an Krankenhausleistungen in der Gesundheitsregion^{plus}. Diese betrifft nahezu alle Altersgruppen und Krankheitsbereiche. Nach der Diagnosestatistik liegt die Gesundheitsregion^{plus} nur in der Hauptgruppe „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ über dem bayerischen Durchschnitt, in allen anderen Krankheitsbereichen dagegen darunter. Bei der Inanspruchnahme nach Alter fällt einerseits die hohe Inanspruchnahme bei Kindern und andererseits die geringere Inanspruchnahme in den obersten Altersgruppen auf. Die signifikant höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen bei Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern betrifft im Wesentlichen die Stadt Aschaffenburg. Möglicherweise handelt es sich hier um ein Artefakt der statistischen Zuordnung. Dieser Sachverhalt sollte hinsichtlich Struktur und Ursachen weiter untersucht werden.

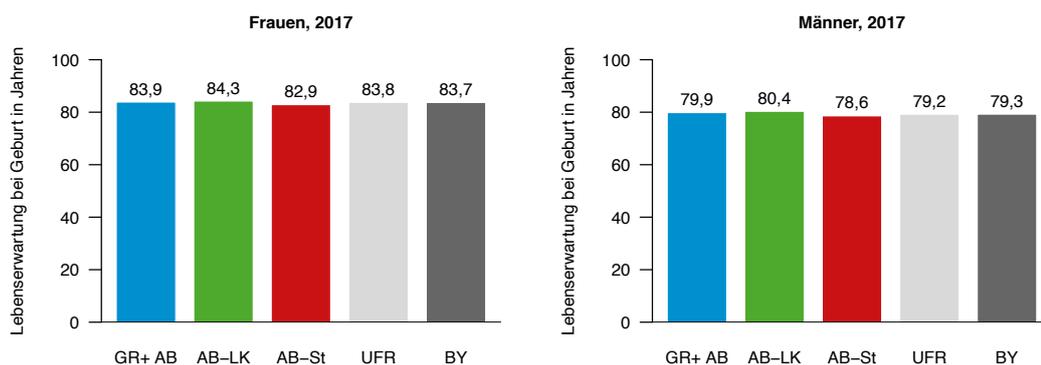


3.1 Lebenserwartung bei Geburt

Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Jahren

Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt ist eine der wichtigsten Maßzahlen zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Bevölkerungen. Sie gibt an, wie viele Jahre ein Neugeborenes bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Da dieses Maß unabhängig vom Altersaufbau einer Bevölkerung ist, ermöglicht es einen Vergleich zwischen verschiedenen Zeitpunkten, Bevölkerungsgruppen oder auch Gebietskörperschaften. Aus der Entwicklung der Lebenserwartung einer Bevölkerung wird darum häufig auf die Entwicklung der gesundheitlichen Lage im Allgemeinen geschlossen.

Abbildung 17: Lebenserwartung bei Geburt



Die Lebenserwartung bei Geburt ist in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2017 sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern mit 83,9 bzw. 79,9 Jahren geringfügig höher als im bayerischen Durchschnitt (83,7 bzw. 79,3 Jahre). Auch ist die Lebenserwartung im Landkreis, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, etwas höher als in der Stadt Aschaffenburg.

Während der Anstieg der Lebenserwartung in der Vergangenheit zum großen Teil auf die Reduktion der Säuglingssterblichkeit und die Reduktion der Sterblichkeit an (impfpräventablen) Infektionserkrankungen im Kindesalter zurückzuführen war, trägt heute die verbesserte Prognose bei Erkrankungsereignissen im höheren Alter (Kreislauferkrankungen, Herzinfarkte, Versorgung chronischer Erkrankungen) zunehmend zur höheren Lebenserwartung bei. Für die Deutung regionaler Unterschiede der Lebenserwartung müssen vielfältige, einflussnehmende Faktoren wie die ökonomische Situation, die medizinische Versorgung, die ethnische Zusammensetzung der Bevölkerung usw. berücksichtigt werden. Zur Vermeidung von Zufallsschwankungen werden Mittelwerte über drei Jahre berechnet und veröffentlicht.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) 2021

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.2 Vorzeitige Sterblichkeit

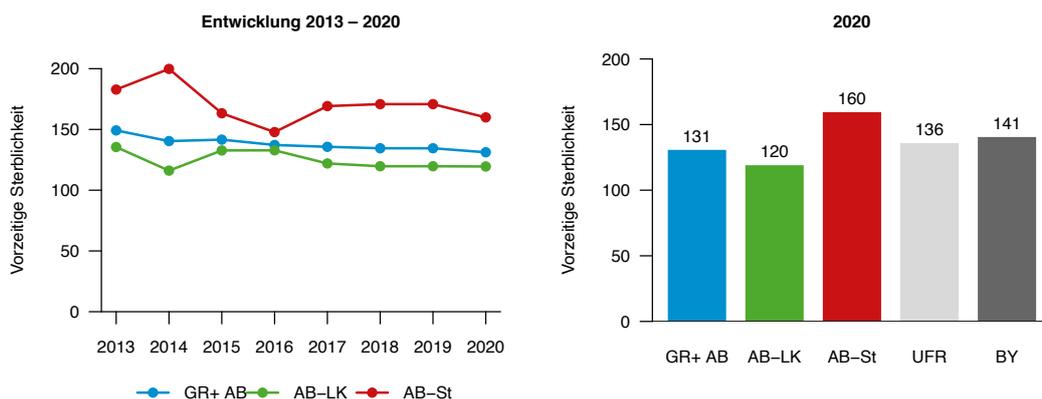
Definition

Sterbefälle bis einschließlich 64 Jahre je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Ziel

Der Indikator weist die Sterbefälle der unter 65-Jährigen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aus. Todesfälle bis zum Alter von 65 Jahren bzw. 70 Jahren gelten als vorzeitig und in vielen Fällen als vermeidbar. Treten in einer Bevölkerung gehäuft Todesfälle in einem Alter deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung auf, so besteht u. a. ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken. Die Angaben sind nach Wohnort und Alter standardisiert.

Abbildung 18: Vorzeitige Sterblichkeit



Ergebnis

Die altersstandardisierte Sterblichkeit unter 65 Jahren ist in der Gesundheitsregion^{plus} insgesamt mit einem Wert von 131 eindeutig niedriger als in Bayern (141) und Unterfranken (136). Hervorzuheben ist jedoch die im Landkreis deutlich geringere vorzeitige Sterblichkeit als in der Stadt Aschaffenburg. Im Landkreis sank die Zahl der vorzeitigen Sterbefälle vor allem am Anfang des Beobachtungszeitraums. Dadurch ist auch die Entwicklung dieses Indikators in der Gesundheitsregion^{plus} vorteilhafter als im Regierungsbezirk Unterfranken und in Bayern insgesamt. Allerdings trifft die günstige Situation in der Gesundheitsregion^{plus} auf die aktuelle gesundheitliche Lage so in der Stadt Aschaffenburg eher nicht zu, da gegenüber Unterfranken bzw. Bayern die vorzeitige Sterblichkeit erhöht ist.

Bewertung

Treten in einer Bevölkerung in einem Alter deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung gehäuft Todesfälle auf, so besteht ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken. Sterbefälle im Alter von unter 65 Jahren sind von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Herz-Kreislaufkrankungen, Krebserkrankungen und äußere Todesursachen zählen zu den wichtigsten Todesursachen der unter 65-jährigen Bevölkerung. Obgleich sich die Situation in den letzten Jahren kontinuierlich verbesserte, gelten jedoch noch viele Todesfälle als vermeidbar. Die bei vorzeitiger Sterblichkeit verlorenen Lebensjahre sind bei Männern höher als bei Frauen. Auf den Verlust an Lebensjahren wird im Indikator 3.3. eingegangen.

Quelle

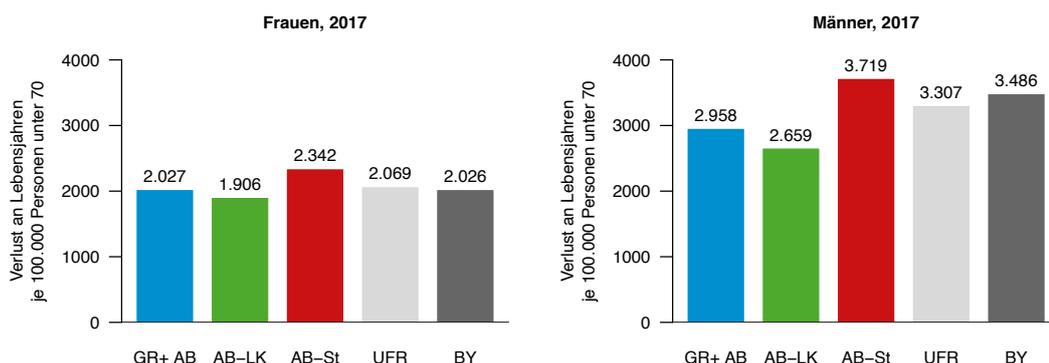
LGL 2021a, Indikator 03.05 A

3.3 Verlust an Lebensjahren

Vorzeitig verlorene Lebensjahre (Potential years of life lost – PYLL) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner unter 70 Jahren

Dieser Indikator umfasst für alle Sterbefälle des entsprechenden Gebiets und Zeitraums die Summe der individuell verlorenen Lebensjahre (d. h. 70 Jahre minus Sterbealter, falls der Tod vor dem Alter von 70 Jahren eingetreten ist). Im Nenner steht die durchschnittliche Bevölkerung des betrachteten Gebiets unter dem Alter von 70 Jahren. Dabei wird die PYLL-Rate auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner normiert. Diese „rohe“ PYLL-Rate wurde nach der sogenannten alten Europa-Standardbevölkerung altersstandardisiert.

Abbildung 19: Verlust an Lebensjahren



In der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg gehen je 100.000 Frauen unter 70 Jahren 2.027 Lebensjahre vorzeitig verloren, je 100.000 Männer 2.958 Lebensjahre. Die Werte sind niedriger als der bayerische Durchschnitt mit 2.026 bzw. 3.486 Lebensjahren. Bei Frauen ist der Verlust an verlorenen Lebensjahren deutlich geringer als bei Männern, jedoch ist hier keine Auffälligkeit zum bayerischen Durchschnitt gegeben. Brustkrebs ist die häufigste Ursache für den Verlust an Lebensjahren bei Frauen, Herzinfarkt hingegen bei Männern (vgl. Winkelmann 2019).

Welche besonderen Mortalitätsrisiken in der Gesundheitsregion^{plus} vorliegen, könnte theoretisch nach Gruppen von Todesursachen weiter untersucht werden. Der kleinräumigen Betrachtung sind hier allerdings aufgrund der Fallzahlen Grenzen gesetzt. Datengrundlage ist hierfür die Bevölkerungs- und die Todesursachenstatistik des Bayerischen Landesamts für Statistik und die verwendete Vergleichsgröße (die altersstandardisierte PYLL-Rate), bezogen auf den jeweiligen Wert für Unterfranken und Bayern. Es handelt sich hier um die letzten aktuell verfügbaren Zahlen.

BayLfStat 2021a, Bevölkerungsfortschreibung: 12613-106z; Berechnungen BASYS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.4 Sterbefälle

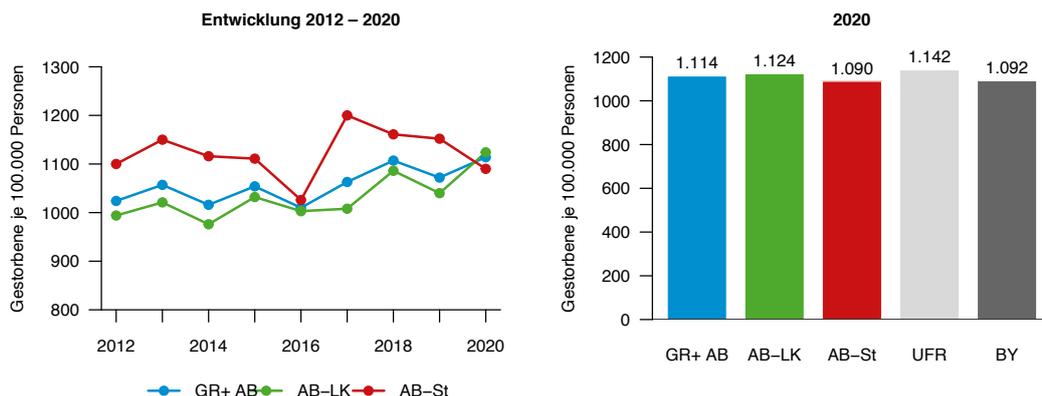
Definition

Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Ziel

Die Anzahl der Verstorbenen liefert einen Überblick über das Sterbe geschehen und dokumentiert bei einer weiteren Differenzierung die Ursachen der Sterblichkeit in einer Region. Treten in einer Bevölkerung gehäuft Todesfälle auf, so ist hierin ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken zu sehen. Für die Registrierung der Sterbefälle ist die letzte Wohnge meinde, bei mehreren Wohnungen die Hauptwohnung des Verstorbenen maßgebend.

Abbildung 20: Sterbefälle



Ergebnis

Die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner stieg in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg von 1.024 im Jahr 2012 auf 1.114 im Jahr 2020. Mit diesem Wert liegt die Gesundheitsregion^{plus} über dem bayerischen Durchschnitt (1.092), aber etwas unter dem Durchschnitt von Unterfranken (1.142). Im Jahr 2020 liegt die Anzahl der Gestorbenen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Landkreis Aschaffenburg über der Zahl der Stadt Aschaffenburg. Für die Zukunft ist eine Zunahme der Sterbefälle aufgrund der zunehmenden Hochaltrigkeit zu erwarten.

Bewertung

Die dargestellten rohen Sterbeziffern (Verstorbene pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) hängen vom Altersaufbau der Bevölkerung ab, d. h. dort, wo es mehr alte Menschen gibt, ist verhältnismäßig auch die Anzahl der Verstorbenen höher. Gemäß dem Indikator 2.8 (Altenquotient) ist dies für die Gesundheitsregion^{plus} auch gegeben.

Quelle

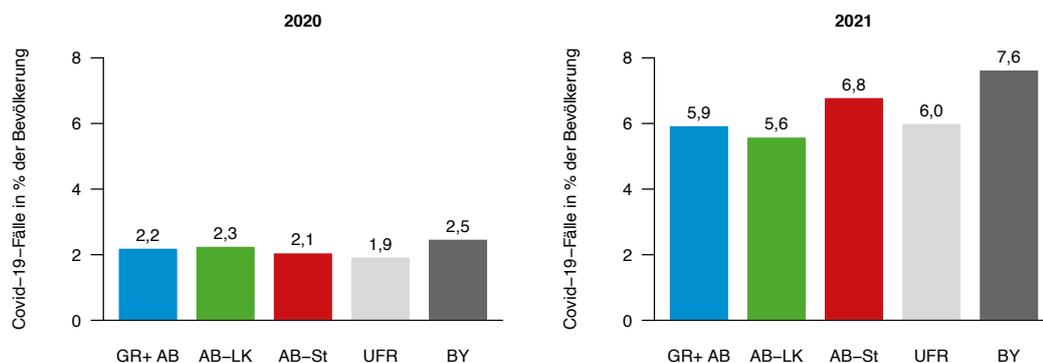
LGL 2021a, Indikator 03.07

3.5 Covid-19-Fälle

Anteil der Covid-19-Infizierten an der Bevölkerung in Prozent

Der Indikator gibt die registrierten Covid-19-Infizierten zum Jahresende des ersten und zweiten Coronajahrs in Prozent der Bevölkerung an. Damit ist eine Aussage zur Betroffenheit der Bevölkerung durch Covid-19 im Vergleich zu anderen Regionen möglich.

Abbildung 21: Covid-19-Infizierte



Die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg lag mit 2,2 % Infizierten Ende des Jahres 2020 noch deutlich unter dem Durchschnitt von Bayern, aber nicht unter dem Mittel von Unterfranken. Auch im Jahr 2021 infizierten sich weniger Einwohnerinnen und Einwohner in der Gesundheitsregion^{plus} als in Bayern. Hier liegt der Wert für Unterfranken ungefähr gleichauf mit der Gesundheitsregion^{plus}. Auffällig ist, dass der Anteil der Infizierten im zweiten Coronajahr in der Stadt Aschaffenburg deutlich höher ist als im Landkreis Aschaffenburg.

Obwohl vermutlich eine hohe Dunkelziffer an nicht erkannten Infektionen besteht, ist die Qualität der Zahlen für einen regionalen Vergleich ausreichend. Bei der Ausbreitung von Covid-19 spielen spezifische lokale Bedingungen und einzelne Infektionsgeschehnisse eine entscheidende Rolle. Zu den Einflussfaktoren zählen u. a. Lebensstile, Haushaltsgröße, Arbeitsweisen, Tourismus und die Altersstruktur einer Region.

LGL 2021a

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.6 Covid-19-Tote

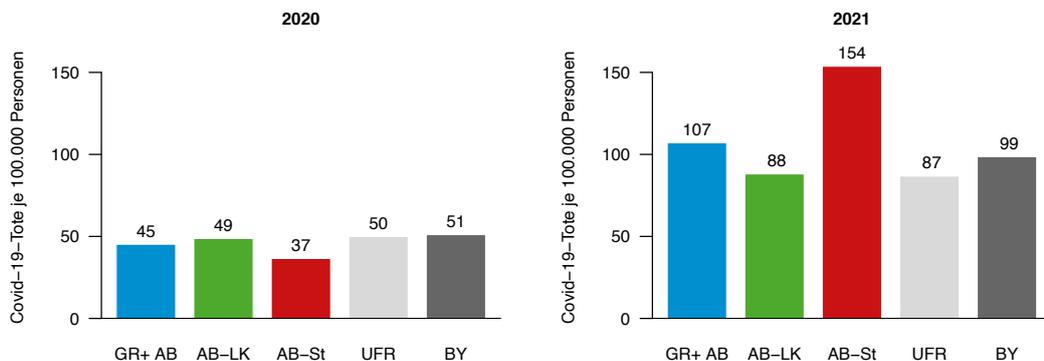
Definition

Todesfälle in Zusammenhang mit Covid-19 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Ziel

Der Indikator gibt die registrierten Covid-19-Toten in den Jahren 2020 und 2021 bezogen auf die Bevölkerung an. Die Werte für die Jahre 2020 und 2021 sind im Folgenden getrennt ausgewiesen und nicht kumuliert. Die Covid-19-Toten werden nach dem Wohnort erfasst.

Abbildung 22: Covid-19-Tote



Ergebnis

In der Gesundheitsregion^{plus} wurden bis Ende des Jahres 2021 insgesamt 374 Todesfälle registriert. Davon fielen 111 Verstorbene auf das Jahr 2020 und 263 auf das Jahr 2021. Somit hat sich vom ersten auf das zweite Coronajahr die Anzahl der Toten von 45 auf 107 je 100.000 Personen in der Gesundheitsregion^{plus} deutlich erhöht. Auffällig ist die Zunahme der Sterblichkeit im Jahr 2021 in der Stadt Aschaffenburg. Diese Zunahme geht allerdings auch mit einer Zunahme der Covid-19-Erkrankungsfälle einher (vgl. Indikator 3.5).

Bewertung

Die Wahrscheinlichkeit, durch Covid-19 zu sterben, hängt sehr stark vom Alter und Geschlecht der Infizierten und den jeweiligen Vorerkrankungen ab. Zum Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf gehören aufgrund ihres Alters und/oder des Vorliegens von Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen und Bewohnerinnen und Bewohner sowie Betreute von Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Darüber hinaus besteht bei Auftreten einer Covid-19-Erkrankung in solchen Einrichtungen aufgrund der gemeinsamen räumlichen Unterbringung, der Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten und z. T. nahem physischen Kontakt bei pflegerischen Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung an einer Infektion.

Quelle

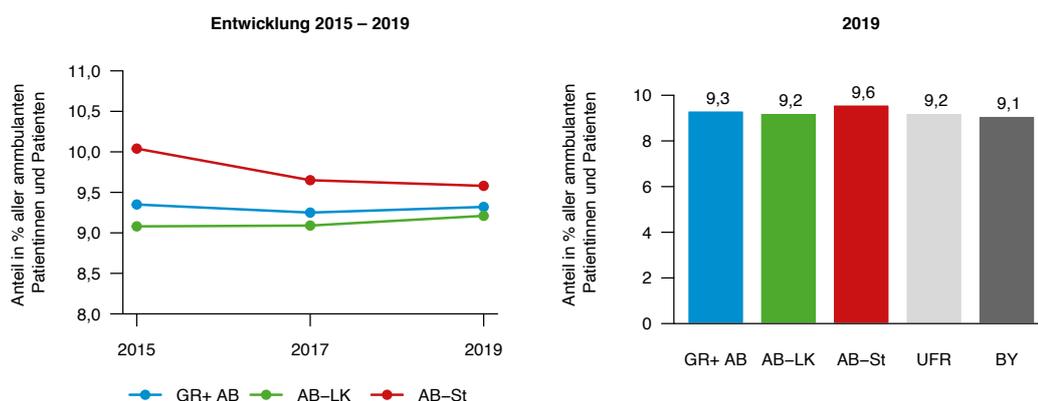
LGL 2021a

3.7 Diabetes mellitus

Anteil der ambulant behandelten Personen mit Diabetes mellitus (International Classification of Diseases and Conditions, Version 10 (ICD-10: E10-E14) an allen Patientinnen und Patienten in Prozent

Diabetes mellitus ist eine sehr verbreitete chronische Stoffwechselerkrankung. Während Diabetes Typ 1 eher genetische Ursachen hat, ist der Typ-2-Diabetes häufig lebensstilbedingt und dessen Prävalenz steigt in höheren Altersgruppen. Betroffene haben ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Nierenfunktionsstörungen (diabetische Nephropathie) sowie Schädigungen der Netzhaut (diabetische Retinopathie) und peripherer Nerven. An Diabetes erkrankte Personen werden im Vergleich mit Personen ohne Diabetes häufiger hospitalisiert, haben durchschnittlich längere Krankenhausaufenthalte und häufigere ambulante Arztkontakte. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 23: Anteil der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus



Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus an allen ambulant Behandelten beträgt etwa 9,3 % in der Gesundheitsregion^{plus}. In der Stadt Aschaffenburg ist der Anteil an Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus mit 9,6 % etwas größer als im Landkreis (9,2 %). Der Wert liegt zuletzt etwas über dem Wert von Unterfranken (9,2 %) und dem bayerischen Durchschnitt (9,1 %). Im Zeitraum 2015 bis 2019 hat der Anteil der behandelten Personen mit Diabetes mellitus in der Gesundheitsregion^{plus} leicht abgenommen. Insgesamt weist die Abrechnungsstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} 18.875 ambulante Diabetesfälle für das Jahr 2019 aus.

Dieser Indikator bildet personenbezogen das Ausmaß versorgter Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus ab. Die Zahlen beruhen auf Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB). Die Basis für die Berechnung der Patientinnen bzw. Patienten in der ambulanten Versorgung sind die Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), deren Zahl auf Kreisebene näherungsweise über die Versicherten mit Leistungsanspruchnahme bestimmt wird. Die Leistungsanspruchnahme ist hier definiert durch mindestens einen Arztkontakt in der ambulanten Versorgung im Abrechnungsjahr.

LGL 2021a, Indikator 03.78 A

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.8 Affektive Störungen

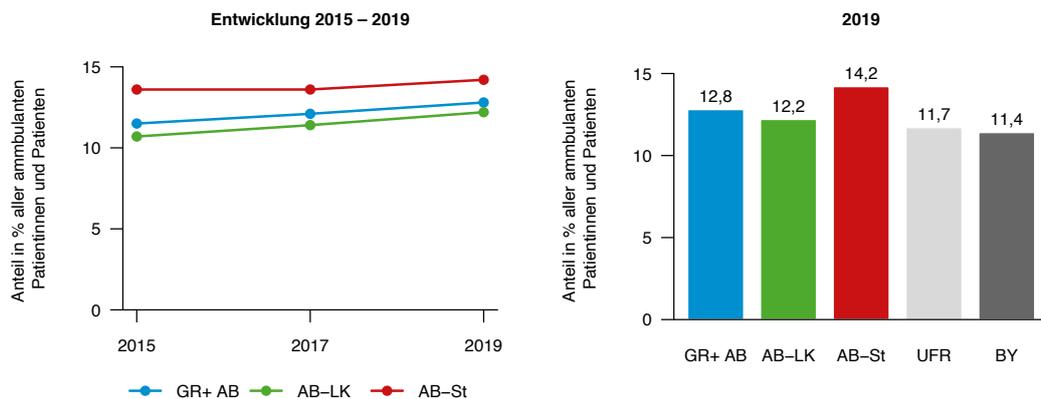
Definition

Anteil der behandelten Personen mit affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39) an den GKV-versicherten Patientinnen und Patienten in Prozent

Ziel

Dieser Indikator bildet personenbezogen das Ausmaß versorgter Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen ab. Affektive Störungen sind psychische Erkrankungen, die mit einer starken Veränderung der Stimmungslage verbunden sind. Diese haben unter den psychischen Störungen insbesondere durch die Depressionen einen großen Stellenwert. Die World Health Organization (WHO) sieht in der Zunahme der Depressionen eine der großen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert. Depressionen sind eine der wichtigsten Ursachen für Suizide. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 24: Ambulant behandelte Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen



Ergebnis

Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen an allen ambulant Versorgten beträgt etwa 12,8 % in der Gesundheitsregion^{plus}. Der Wert liegt zuletzt über dem bayerischen Durchschnitt (11,4 %). Auffällig ist hier der Stadt-Landkreis-Unterschied. Während im Landkreis der Anteil an diesen Patientinnen und Patienten 12,2 % beträgt, ist dieser in der Stadt Aschaffenburg mit 14,2 % deutlich höher. Betrachtet man die Entwicklung, zeigt sich, dass der Anteil der Behandelten mit affektiven Störungen im Landkreis und in der Stadt seit 2015 anstieg. Insgesamt weist die Abrechnungsstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} 25.819 Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen für das Jahr 2019 aus.

Bewertung

Mit dem vorliegenden Indikator wird versucht, die Morbidität der Bevölkerung und die Belastungen des Gesundheitswesens durch affektive Störungen darzustellen. Die Daten beruhen auf Abrechnungszahlen der KVB. Die Basis für die Berechnung der ambulant behandelten Personen in der hausärztlichen Praxis sind die Versicherten in der GKV, deren Zahl auf Kreisebene jedoch unbekannt ist und daher näherungsweise über die „GKV-versicherten Patientinnen und Patienten“ bestimmt wird. Eine GKV-versicherte Patientin bzw. ein Patient ist definiert durch mindestens einen Arztkontakt in der ambulanten Versorgung im Abrechnungsjahr. Weitere Einschränkungen bestehen darin, dass im Abrechnungssystem gegenwärtig Behandlungsanlässe, aber keine Inzidenzen, Prävalenzen oder die Dauer von Behandlungsepisoden erfasst werden.

Quelle

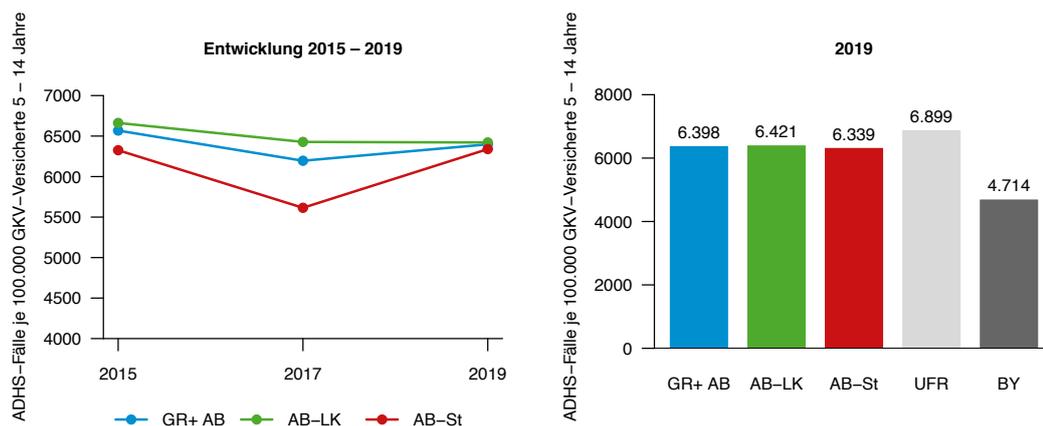
LGL 2021a, Indikator 03.82 E

3.9 ADHS

Anzahl der behandelten Kinder (5 – 14 Jahre) mit ADHS (ICD-10: F90 „Hyperkinetische Störungen“) je 100.000 in der GKV-versicherte Patientinnen und Patienten gleichen Alters

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zur Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Sie stellt eine der häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter dar. Sie äußert sich durch Probleme mit Aufmerksamkeit, Impulsivität und Selbstregulation; manchmal kommt zusätzlich starke körperliche Unruhe (Hyperaktivität) hinzu.

Abbildung 25: Ambulant behandelte Patientinnen und Patienten (5 – 14 Jahre) mit ADHS



Die Zahl der behandelten Kinder mit ADHS in der Gesundheitsregion^{plus} ist im bayernweiten Vergleich überdurchschnittlich, liegt jedoch unter dem Durchschnittswert von Unterfranken. Betrachtet man die Entwicklung des Anteils der behandelten Personen zwischen 2015 und 2019, zeigt sich, dass der Verlauf in der Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis und der Stadt unterschiedlich ist und sich nach Geschlecht unterscheidet. Während bei Jungen die absolute Anzahl der behandelten Kinder im Landkreis Aschaffenburg nahezu gleichblieb, schwankte die Anzahl deutlich in der Stadt Aschaffenburg. Bei Mädchen, die deutlich weniger betroffen sind als Jungen, stieg die Anzahl der behandelten Kinder im Landkreis, in der Stadt Aschaffenburg sank sie hingegen.

Datengrundlage für diesen Indikator sind die personenbezogenen Abrechnungszahlen der ambulant tätigen Ärzteschaft in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Qualität der Daten hängt von der sorgfältigen Registrierung aller Behandlungsanlässe ab.

LGL 2021a, Indikator 03.82 K

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.10 Asthma bronchiale

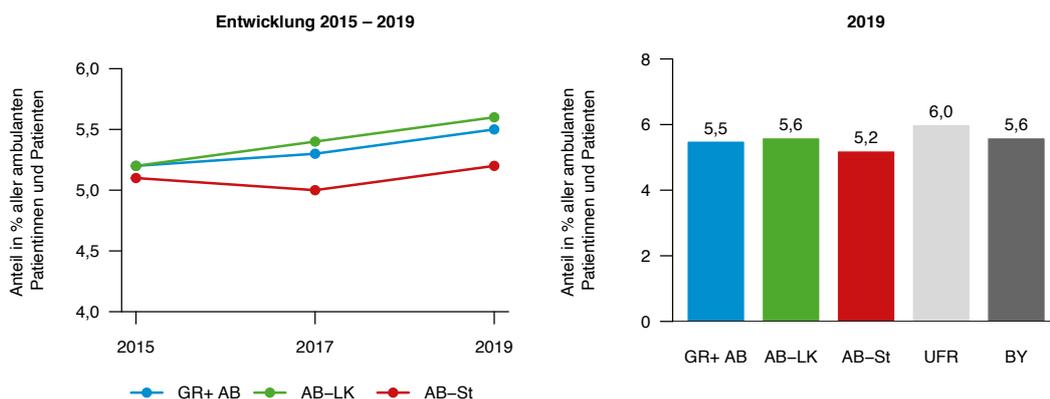
Definition

Anteil der behandelten Personen mit Asthma bronchiale (ICD-10: J45-46) an allen ambulanten Patientinnen und Patienten in Prozent

Ziel

Asthma bronchiale ist durch eine chronische Entzündung der Atemwege charakterisiert, welche die körperliche Leistungsfähigkeit schwer einschränkt. Typisch für den Verlauf der Erkrankung ist zumeist ein Wechsel von relativ symptomarmen Phasen und plötzlich auftretenden, sich wiederholenden Asthmaanfällen. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 26: Ambulant behandelte Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale



Ergebnis

Der Anteil aller ambulant behandelten Personen mit Asthma bronchiale beträgt in der Gesundheitsregion^{plus} 5,5 %. Der Patientenanteil entspricht in etwa dem bayerischen Durchschnitt (5,6 %), liegt jedoch knapp unter dem unterfränkischen Schnitt (6,0 %). Insgesamt weist die Abrechnungsstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} für das Jahr 2019 11.090 Patientinnen und Patienten mit Asthma aus. Im Zeitraum von 2015 bis 2019 ist im Landkreis Aschaffenburg, im Regierungsbezirk Unterfranken und in Bayern eine kontinuierliche Zunahme von Asthmafällen zu beobachten. In der Stadt Aschaffenburg ging der Anteil der behandelten Personen mit Asthma dagegen von 2015 bis 2017 zurück und stieg dann wieder an.

Bewertung

Dieser Indikator bildet personenbezogen das Ausmaß ambulant versorgter Personen mit Asthma ab. Er beruht auf Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Ärztliche Hilfe wird häufig erst dann in Anspruch genommen, wenn die Erkrankung nicht mehr vollständig geheilt und nur noch die Symptome (Luftnot, Husten oder Auswurf) gelindert werden können. Die Prävention von Erkrankungen der Atmungsorgane und eine frühe ärztliche Diagnose spielen deshalb eine entscheidende Rolle.

Quelle

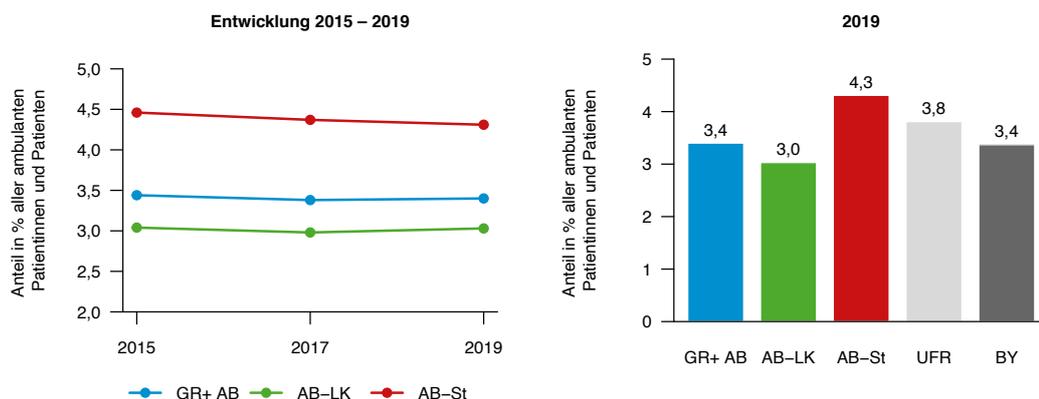
LGL 2021a, Indikator 03.96 A

3.11 COPD

Anteil der behandelten Personen mit COPD (ICD-10: J44) an allen ambulanten Patientinnen und Patienten in Prozent

COPD gilt als Abkürzung für „Chronic Obstructive Pulmonary Disease“ und bezeichnet eine Sammlung von chronischen Lungen- und Atemwegserkrankungen, die stets mit zunehmenden Einschränkungen der Lungenfunktion sowie Lungenemphysemen verbunden sind. Konkret versteht man unter COPD also eine Ansammlung von Erkrankungen, die allesamt dieselben Symptome, denselben Krankheitsverlauf und ähnliche Möglichkeiten zur Behandlung haben. Betroffen von COPD sind in den meisten Fällen Raucherinnen oder Raucher oder solche, die es einmal waren. Weitere Ursachen sind z. B. berufliche Belastungen durch Stäube.

Abbildung 27: Ambulant behandelte Personen mit COPD



Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit COPD an allen ambulant Behandelten beträgt in der Gesundheitsregion^{plus} etwa 3,4 %. Der Wert entspricht dem bayerischen Mittel, liegt aber damit unter dem unterfränkischen Durchschnitt (3,8 %). Insgesamt weist die Abrechnungsstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} 6.881 Patientinnen und Patienten mit COPD für das Jahr 2019 aus. Die Werte zwischen Stadt und Landkreis unterscheiden sich deutlich. Während im Landkreis Aschaffenburg der Anteil 3,0 % beträgt, umfasst dieser in der Stadt Aschaffenburg 4,3 %. Auch für den Regierungsbezirk Unterfranken und für Bayern ist die Entwicklung wie in der Gesundheitsregion^{plus} weitgehend stabil.

Dieser Indikator bildet personenbezogen das Ausmaß versorgter Patientinnen und Patienten mit COPD ab. Er beruht auf Abrechnungszahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Atemwegserkrankungen und Krankheiten der Lunge, die sich nur schleichend verschlimmern, werden oft über Jahre kaum bemerkt. COPD überschneidet sich teilweise mit Asthma (siehe Indikator 3.10). Dies wird auch als Asthma-COPD-Overlap (ACO) bezeichnet. Rund 13 % aller Asthma- und COPD-Erkrankten weisen beide Krankheitsbilder auf (vgl. Akmatov et al. 2020). Die Prävention von Erkrankungen der Atmungsorgane und eine frühe ärztliche Diagnose spielen deshalb eine entscheidende Rolle.

LGL 2021a, Indikator 03.96 C

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.12 Inzidenz bösartiger Neubildungen

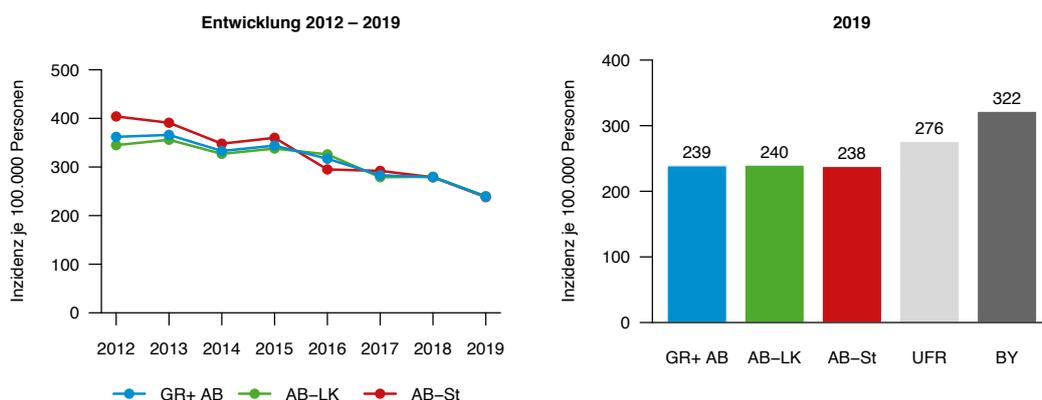
Definition

Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97 + D09.0 + D41.4, ohne C44) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Ziel

Der Indikator dient dem Monitoring von Krebserkrankungen, die nach den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems die zweithäufigste Todesursache in Deutschland darstellen. Kenntnisse über die Neuerkrankungsraten sind wichtige Planungshilfen für die bedarfsgerechte medizinische Versorgung. Diese können zur frühzeitigen Aufdeckung neuer Krebsgefahren beitragen oder Effekte von Präventions- oder Früherkennungsprogrammen reflektieren. Die Werte sind altersstandardisiert an der alten Europastandardbevölkerung. Die Erfassung und regionale Zuordnung der Krebserkrankungen erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 28: Inzidenz bösartiger Neubildungen



Ergebnis

Die altersstandardisierten Neuerkrankungsraten von Krebs insgesamt sind in der Gesundheitsregion^{plus} stark rückläufig. Diese Entwicklung wird vor allem durch relativ häufige Tumore von Darm und Lunge beeinflusst (vgl. LGL 2020). In der Gesundheitsregion^{plus} liegt die Anzahl der gemeldeten Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner mit 239 deutlich unter dem bayerischen und unterfränkischen Durchschnitt (322 bzw. 276). Die Unterschiede zwischen Stadt und Landkreis Aschaffenburg sind gering. Auch in Unterfranken und Bayern sind die Neuerkrankungsraten an Krebs nach dem bayerischen Krebsregister rückläufig, allerdings nicht ganz so stark wie in der Gesundheitsregion^{plus}.

Bewertung

Der Indikator bezieht sich auf alle bösartigen Neubildungen (ICD-10: C00-C97), mit Ausnahme der sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut (ICD-10: C44, auch Basaliome genannt), da diese nur selten Metastasen bilden und daher als weniger bösartig gelten. Die Daten entstammen dem bayerischen Krebsregister und sind abhängig von der Vollständigkeit der Meldungen. Die Inzidenz wird nach internationalen Regeln inklusive der DCO- (Death Certificate Only-) Fälle berechnet.

Quelle

LGL 2021a, Indikator 03.69 A

3.13 Altersspezifische Krankenhausfälle

Abweichung der Krankenhausfälle je Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter im Vergleich zu Bayern in Prozent

Die Zahl der Krankenhausfälle gibt Aufschluss über die Zahl der Personen, die pro Jahr mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus verbringen. Zusammen mit der durchschnittlichen Verweildauer ist sie eine wichtige Messgröße in der stationären Versorgung. Allerdings werden Unterschiede beim Case-Mix (d. h. in der Schwere der behandelten Krankheiten) in der Gesamtzahl der Krankenhausfälle nicht berücksichtigt. Die Zuordnung erfolgt nach Wohnort.

Abbildung 29: Altersspezifische Krankenhausfälle im Vergleich zu Bayern

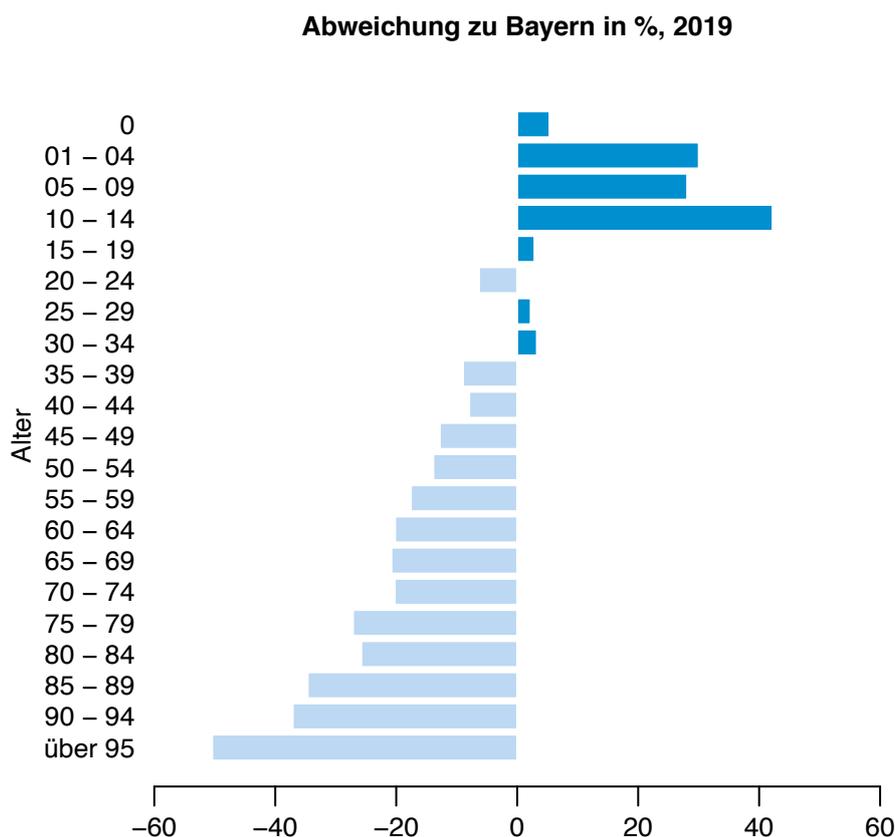


Abbildung 29 vergleicht die Krankenhausfälle nach Alter in der Gesundheitsregion^{plus} mit dem bayerischen Durchschnitt. Die Krankenhaushäufigkeit der Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg liegt im Wesentlichen bis auf die Gruppe der Kinder im Jahr 2019 unter dem bayerischen Durchschnitt. Es besteht ein eindeutiger Altersgradient. Eine Aufgliederung nach Stadt und Land zeigt vor allem höhere Fallzahlen bei Kindern bis 14 Jahren in der Stadt Aschaffenburg. Die höhere Leistungsanspruchnahme der Altersgruppen 25- bis 34-Jähriger erklärt sich im Jahr 2019 aus der höheren Anzahl von Geburten in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zum bayerischen Durchschnitt (vgl. auch Indikator 2.7 und 3.14).

Der Indikator zeigt die relative Morbidität der Bevölkerung gemessen an der Krankenhaushäufigkeit nach Altersgruppen. Die signifikant höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen bei Kindern und Jugendlichen der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern betrifft im Wesentlichen die Stadt Aschaffenburg. Eventuell handelt es sich hier um ein Artefakt der statistischen Zuordnung. Eine mögliche Erklärung für die Abweichung ist der Sitz der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Aschaffenburg, die zu den größten Kinderkliniken Deutschlands gehört. Der Sachverhalt sollte hinsichtlich Struktur und Ursachen weiter untersucht werden.

Quelle: BayLfStat 2021a, Tabelle 23131-006r; Berechnungen BASYS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.14 Krankheitsspezifische Krankenhausfälle

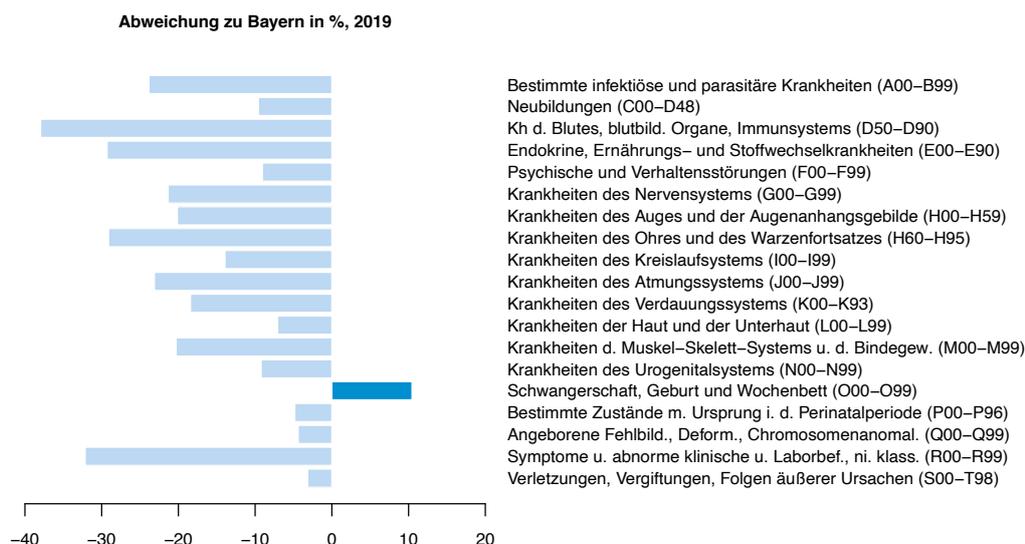
Definition

Abweichung der Krankenhausfälle je Einwohnerinnen und Einwohner nach Diagnosen (Diagnosekatalog der ICD-10) im Vergleich zu Bayern in Prozent

Ziel

Die Zahl der Krankenhausfälle gibt Aufschluss über die Zahl der Personen, die pro Jahr mindestens eine Nacht in einem Krankenhaus verbringen. Zusammen mit der durchschnittlichen Verweildauer ist sie eine wichtige Messgröße in der stationären Versorgung. Allerdings werden Unterschiede beim Case-Mix (d. h. in der Schwere der behandelten Krankheiten) in der Gesamtzahl der Krankenhausfälle nicht berücksichtigt. Die regionale Zuordnung erfolgt nach Wohnort.

Abbildung 30: Krankheitsspezifische Krankenhausfälle im Vergleich zu Bayern



Ergebnis

Die in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg geringere Krankenhaushäufigkeit der Menschen als in Bayern zeigt sich auch über fast alle Krankheitsbilder hinweg. Eine höhere Krankenhaushäufigkeit als im bayerischen Durchschnitt gibt es lediglich in der Diagnosehauptgruppe Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Dies lässt sich für das Jahr 2019 aus der höheren Geburtenzahl erklären (vgl. Indikator 2.7 und 3.13). Eine weitere Erklärung für die Abweichung ist der Sitz der Frauenklinik und des Perinatalzentrums Aschaffenburg mit der Versorgungsstufe Level 1.

Bewertung

Dem Indikator liegt die Diagnosestatistik der Krankenhausstatistik zugrunde. Regionale Unterschiede in der Krankenhausinanspruchnahme nach Krankheiten haben viele Ursachen. Dazu gehören u. a. die Spezialisierung und Ausstattung der regionalen Krankenhäuser, aber auch die Versorgungsschwerpunkte der ambulanten Einrichtungen. Eine weitergehende Untersuchung der Patientenströme nach Behandlungsort und die Mitversorgung durch Krankenhäuser anderer Regionen könnten das Bild vervollständigen.

Quelle

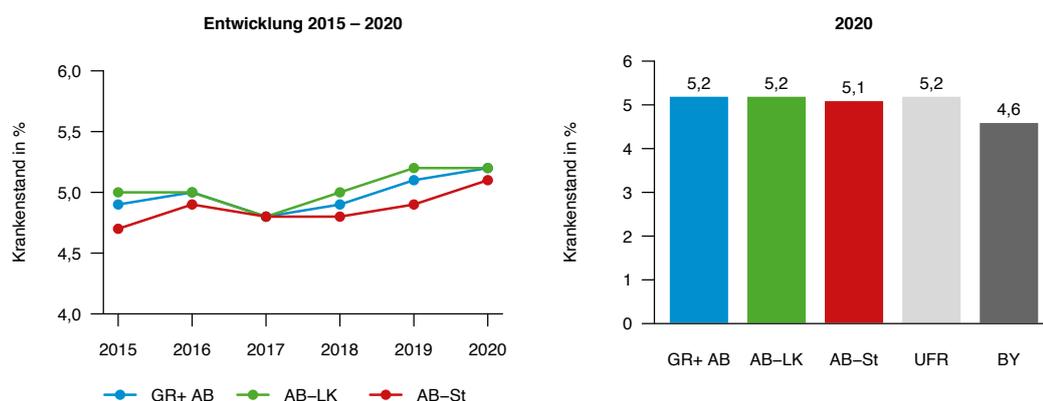
BayLfStat 2021a, Tabelle 23131-005r; Berechnungen BASYS

3.15 Krankenstand

Krankenstand in Prozent: Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage an den Kalendertagen eines Jahres

Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn die oder der Versicherte aufgrund von Krankheit seine/ihre zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Der Krankenstand ist ein allgemeiner Indikator für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation der erwerbstätigen Bevölkerung. Durch den krankheitsbedingten Produktionsausfall infolge der Arbeitsunfähigkeit sowie die Kosten der Lohnfortzahlung ist diese Kennzahl auch ökonomisch von hoher Bedeutung. Er ergibt sich als Anteil der Arbeitsunfähigkeitstage an den Kalendertagen eines Jahres. Die regionale Zuordnung der ausgewerteten Arbeitsunfähigkeitsdaten erfolgt nach dem Wohnort der Versicherten.

Abbildung 31: Krankenstand



Nach Auswertungen der AOK-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen liegt der Krankenstand im Jahr 2020 in der Gesundheitsregion^{plus} bei 5,2 % und damit höher als im bayerischen Durchschnitt (4,6 %). Der Wert für den Landkreis (5,2 %) liegt etwas über dem Wert der Stadt (5,1 %). Eine Person ist demnach rund 19 Tage pro Jahr arbeitsunfähig gemeldet. Betrachtet man die Entwicklung des Krankenstandes in der Gesundheitsregion^{plus}, zeigt sich, dass sich der Krankenstand von 2015 bis 2020 leicht erhöht hat. Nach Auswertungen der AOK Bayern sind Atemwegserkrankungen die häufigste Krankheitsursache für Arbeitsunfähigkeit. Am zweithäufigsten erfolgten Krankmeldungen wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen, wobei dabei die häufigste Diagnose „Rückenschmerz“ lautete.

Der Indikator zählt auf der Basis der Krankmeldungen der AOK-Mitglieder die Anzahl der arbeitsunfähig geschriebenen Arbeitstage je Kalenderjahr. Bei den Auswertungen werden sowohl Pflicht- als auch freiwillig Versicherte berücksichtigt. Nur unvollständig erfasst werden Krankmeldungen im Rahmen der gesetzlichen Karenztage, d.h. wenn eine Person nicht mehr als drei Arbeitstage in Folge fehlt und dafür auch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beim Arbeitgeber einreicht. Da die Daten sich nur auf die AOK beziehen und die einzelnen Krankenkassen etwas unterschiedliche Versichertenpopulationen haben, geben die abgebildeten Daten nur näherungsweise das Bild des Krankenstandes wieder. Darüber hinaus ergeben sich Unterschiede aus dem regionalen Branchenmix oder der damit einhergehenden Mischung verschiedener Berufsgruppen. Werte für Unterfranken und Bayern wurden als gewichtete Durchschnitte aus den Kreisdaten berechnet.

LGL 2021a, Indikator 03.28 A; WIdO 2020

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

3.16 Herzinfarkt

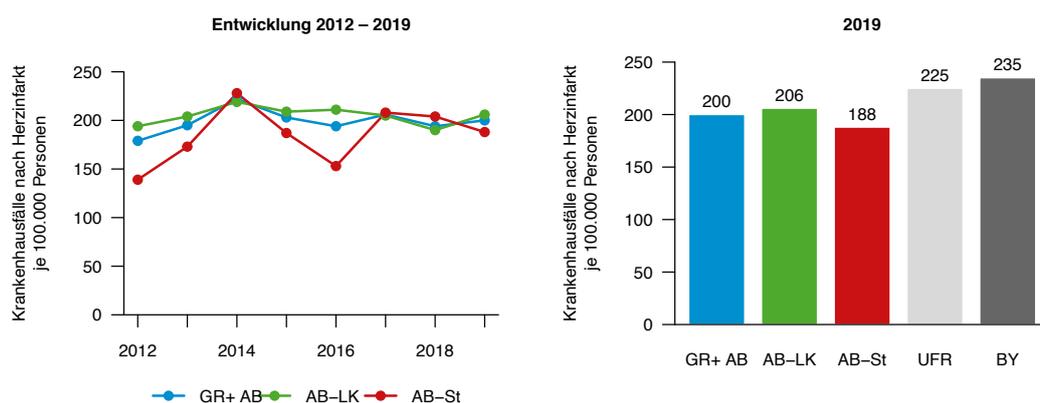
Definition

Krankenhausfälle nach Herzinfarkt (akut und rezidiv (ICD-10: I21-I22)) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Ziel

Die Krankenhausfälle nach Herzinfarkt geben Auskunft über die Häufigkeit dieser Erkrankung. Der Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt genannt) ist ein akutes und lebensbedrohliches Ereignis infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, bei der die Herzkranzgefäße chronisch verengt sind. Ursächlich ist dabei häufig die Verengung einer Koronararterie oder einer ihrer Äste, meist durch ein Blutgerinnsel. Aufgrund der lokalen Durchblutungsstörung sterben Teile des Herzmuskels (Myokard) ab. Der Indikator nimmt Bezug auf den Wohnort.

Abbildung 32: Krankenhausfälle nach Herzinfarkt



Ergebnis

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 472 Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt unter den Krankenhausfällen in der Gesundheitsregion^{plus} gezählt. Insgesamt weist die Krankenhausstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} 200 Herzinfarkte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aus. Der Wert liegt zuletzt unter dem bayerischen (235) und unterfränkischen (225) Durchschnitt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Die Häufigkeit der Krankenhausfälle nach Herzinfarkt ist allerdings im Vergleich zu Bayern in den letzten Jahren angestiegen. Dies steht im Einklang mit der stärkeren Zunahme der älteren Bevölkerung. Auch der etwas höhere Wert im Landkreis Aschaffenburg (206) im Vergleich zur Stadt Aschaffenburg (188) ist durch den Altersaufbau der Bevölkerung zu erklären. Betrachtet man die Zahl der Krankenhausfälle direkt altersstandardisiert an der alten Europastandardbevölkerung, fällt auf, dass Krankenhausfälle im Landkreis und in der Stadt Aschaffenburg beinahe gleich häufig sind.

Bewertung

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, vollstationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen von Personen zu derselben Krankheit zu Mehrfachzahlungen. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigsten Todesursachen im Erwachsenenalter, hierbei vor allem die koronaren Herzkrankheiten. Männer sind häufiger von einem Herzinfarkt betroffen als Frauen. Da mit steigendem Lebensalter das Herzinfarkttrisiko zunimmt, kommt bei der steigenden Lebenserwartung der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine hohe Bedeutung zu.

Quelle

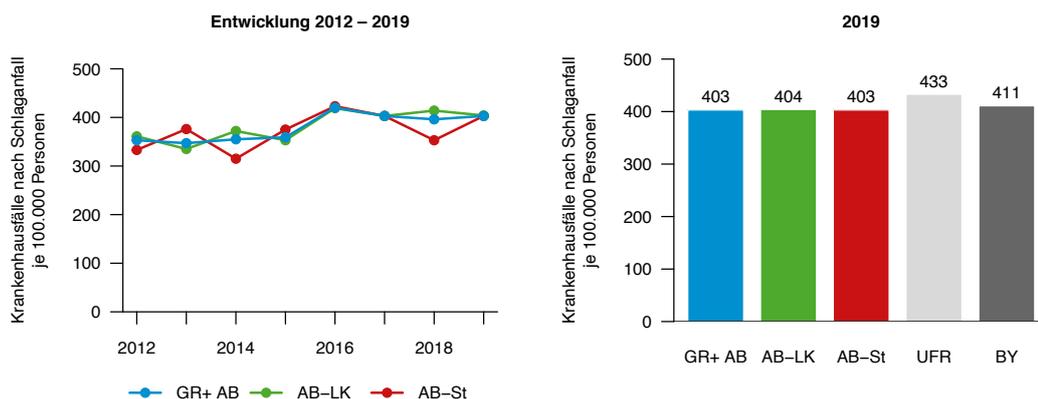
LGL 2021a, Indikator 03.91 A

3.17 Schlaganfall

Krankenhausfälle nach Schlaganfall (ICD-10: I60-I69) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Der Schlaganfall stellt das wichtigste Krankheitsbild in der Gruppe der zerebrovaskulären Krankheiten (ICD-10: I60-I69) dar. Als Schlaganfall werden verschiedene Erkrankungen zusammengefasst, deren zentrales Merkmal eine plötzlich auftretende Schädigung von Hirnarealen ist, die infolge eines Gefäßverschlusses (ischämischer Schlaganfall) oder durch eine Hirnblutung (hämorrhagischer Schlaganfall) entsteht. Die Zuordnung der Fälle erfolgt nach dem Wohnort der Betroffenen.

Abbildung 33: Krankenhausfälle nach Schlaganfall



Im Jahr 2019 wurden 988 Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall unter den Krankenhausfällen in der Gesundheitsregion^{plus} gezählt. Insgesamt weist die Krankenhausstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} 403 Schlaganfälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aus. Der Wert liegt zuletzt knapp unter dem bayerischen (411), aber deutlich unter dem unterfränkischen (433) Durchschnitt. Der Verlauf der Krankenhausfälle nach Schlaganfall zwischen 2012 und 2019 ist für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg ähnlich. Allerdings zeigt die Entwicklung in der Stadt Aschaffenburg etwas größere Schwankungen als der Landkreis. Im Gegensatz zu Bayern, wo die Häufigkeit der Krankenhausfälle nach Schlaganfall leicht gesunken ist, ergibt sich für die Gesundheitsregion^{plus} eine Zunahme. Dies gilt auch für altersstandardisierte Werte.

Vergleicht man die Zahl der Krankenhausfälle direkt altersstandardisiert an der alten Europastandardbevölkerung, fällt auf, dass die Krankenhausfälle in der Stadt Aschaffenburg etwas häufiger als im Landkreis sind. Allerdings liegt die Gesundheitsregion^{plus} immer noch unter dem bayerischen Durchschnitt.

Schlaganfall ist die dritthäufigste Todesursache und der häufigste Grund für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter. Die Schlaganfall-Häufigkeit steigt mit zunehmendem Lebensalter an, so dass aufgrund der demografischen Entwicklung auch in Zukunft häufig mit stationären Behandlungen des Schlaganfalls zu rechnen ist. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden. So führen z. B. Mehrfachbehandlungen zu derselben Krankheit zu Mehrfachzählungen.

LGL 2021a, Indikator 03.91 A

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

4 Gesundheitsverhalten

Positives Gesundheitsverhalten schützt und stärkt die menschliche Gesundheit und bewahrt dessen Unversehrtheit. Verhaltensweisen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, reichen von regelmäßiger körperlicher Bewegung und ausgewogener Ernährung bis hin zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Durch verschiedenste Verhaltensweisen des täglichen Lebens setzen sich Menschen erhöhten gesundheitlichen Risiken aus. Beispiele für ein solches Risikoverhalten sind Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel oder ungesunde Ernährung. Zum Gesundheitsverhalten zählt auch die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen des Gesundheitswesens.

In diesem Kapitel werden acht Indikatoren präsentiert und zunächst die Ergebnisse zur Inanspruchnahme von Impfungen und zur Früherkennung beschrieben. Ferner wird das Verhalten durch Kennzahlen zur Verbreitung von Adipositas, Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch abgebildet.

Das Gesundheitsverhalten in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg unterscheidet sich in einzelnen Bereichen vom bayerischen Durchschnitt. Im Status quo schneidet die Gesundheitsregion^{plus} etwas besser bezüglich der 2. Impfquote bei Masern ab. Das WHO-Ziel von einer Impfquote von 95 % bei Kindern wird knapp erreicht. Der Immunisierungsgrad konnte seit 2012 leicht gesteigert werden.

Bezüglich der Impfquote bei Covid-19 sind die Berechnungen aufgrund der fehlenden Zuordnung der Impfungen zum Wohnort mit großen Unsicherheiten verbunden, sodass Werte nur für die Gesundheitsregion^{plus} insgesamt ausgewiesen werden. Anhand der veröffentlichten Zahlen erscheint die Impfquote bei Covid-19 im Vergleich mit Unterfranken leicht unterdurchschnittlich, nicht jedoch im Vergleich zu Bayern.

Durch Vorsorgeuntersuchungen lassen sich Krankheiten frühzeitig entdecken, was die Heilungschancen erhöht. Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Darmkrebs ist in der Gesundheitsregion^{plus} überdurchschnittlich. Sie ist im Zeitverlauf gestiegen. Bei den Früherkennungsuntersuchungen von Kindern sind keine Auffälligkeiten gegeben. Die hohe Teilnahme ist stabil. Durch die hohe Inanspruchnahme sind gute Voraussetzungen für eine präventionsorientierte Medizin gegeben. Auffällig ist hingegen die Zunahme des Alkoholmissbrauchs bei Jugendlichen. Auch der Genuss anderer psychotroper Substanzen ist relativ hoch. Die positive Tendenz zu einer steigenden Inanspruchnahme präventiver Leistungen sollte deshalb weiter gefördert werden. Aufgrund der zunehmend älter werdenden Gesellschaft mit vermehrt chronischen Erkrankungen ist ein wichtiges Instrument die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Schaffung präventionsfördernder Anreize.

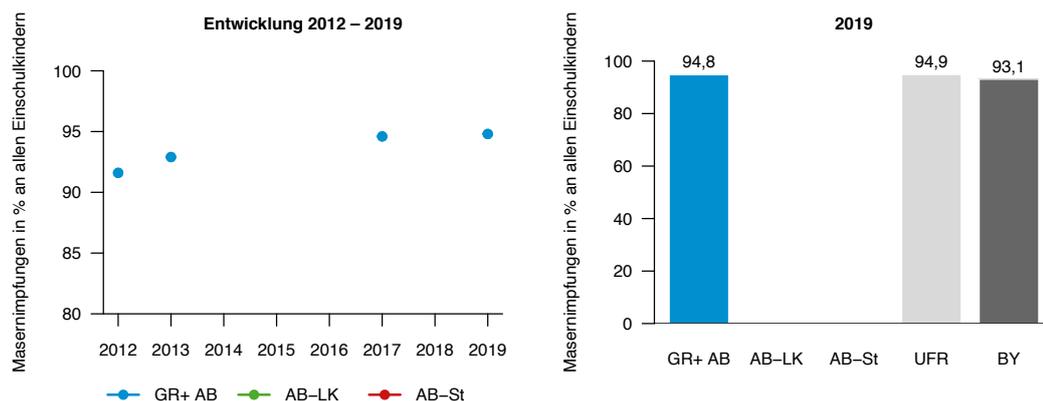


4.1 Masern Impfquote

Impfquote 2. Masernimpfung bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern in Prozent

Die Impfquote bezieht sich auf die Anzahl der Schulanfängerinnen und Schulanfänger, die Impfdokumente zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt haben. Daten zum Impf- und Immunstatus sind eine Voraussetzung, um die gesundheitliche Gefährdung der Bevölkerung durch Infektionskrankheiten beurteilen zu können. Zugleich geben sie Hinweise auf die Umsetzung der Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), zur Impfakzeptanz der Bevölkerung und zu bestehenden Impflücken.

Abbildung 34: Masernimpfquote bei Schulanfängerinnen und Schulanfängern



Die von der WHO als notwendig erachtete Impfquote von mindestens 95 % bei der 2. Masernimpfung wird in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg mit dem Schuljahr 2019/2020 knapp erreicht. Mit 94,8 % übertrifft die Impfquote in der Gesundheitsregion^{plus} den bayerischen Durchschnitt von 93,1 % und ist nahezu so hoch wie für Unterfranken (94,9 %). Für die Impfquote der Einschulung in den Jahren 2014/15 – 2016/17 und 2018/19 liegen keine Angaben vor, weshalb keine Entwicklungskurve abgebildet werden kann. Die Datenerhebung für Schuleingangsuntersuchungen erfolgt gemeinsam für Landkreis und Stadt, weshalb die Daten nicht getrennt ausgewiesen werden.

Die Schutzimpfungen stellen eine wichtige Säule des Infektionsschutzes dar. Bei leicht übertragbaren Krankheiten wie den Masern bedeuten niedrige Impfraten eine erhöhte Ansteckungsgefahr. Die räumlichen Unterschiede erklären sich durch regionale Besonderheiten, wie z. B. die kinderärztliche Versorgung oder die soziale Schichtung.

LGL 2021a, Indikator 07.14

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

4.2 Covid-19-Impfquote

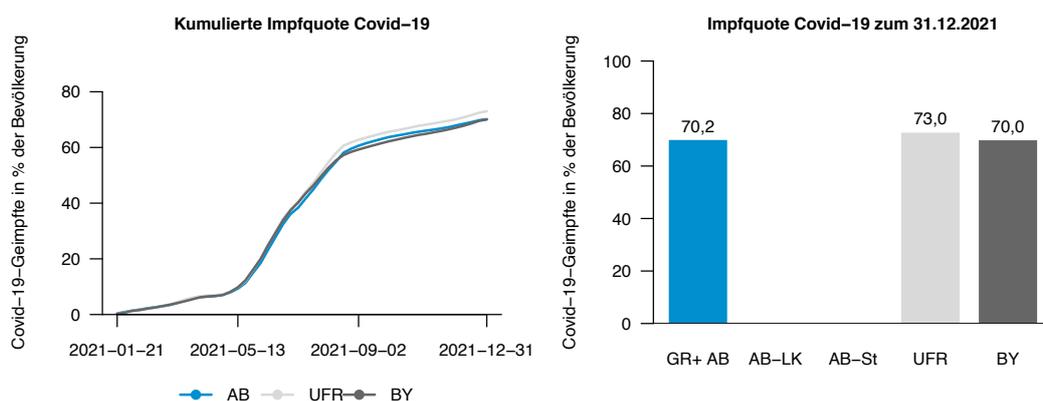
Definition

Covid-19-Impfquote (Bevölkerungsanteil mit einer 2. Impfung) in Prozent

Ziel

Die Impfquote bei Covid-19 gibt die kumulierten Impfungen aller an das Robert Koch-Institut (RKI) gemeldeten Impfungen in den jeweiligen Landkreisen bezogen auf die Bevölkerung an. In den Meldungen wird unterschieden, ob es sich um eine erste, zweite oder dritte Impfung handelt. Hier wird der Anteil der Bevölkerung dargestellt, welcher Ende des Jahres 2021 eine 2. Impfung erhalten hatte.

Abbildung 35: Covid-19-Impfquote (Bevölkerungsanteil mit einer 2. Impfung)



Ergebnis

Die ersten Impfungen gegen Covid-19 wurden in der Gesundheitsregion^{plus} am 27.12.2020 durchgeführt. Im Zeitverlauf entwickelt sich die Quote annäherungsweise gleich zu Bayern. Eine Impfquote getrennt für Landkreis und Stadt Aschaffenburg lässt sich nicht ermitteln, da die meisten Personen das gemeinsame Impfzentrum im Landkreis aufsuchen und damit statistisch dem Landkreis zugeordnet werden. Im Vergleich zu Unterfranken ist die Impfquote in der Gesundheitsregion^{plus} etwas niedriger, nicht jedoch im Vergleich zu Bayern. Ende des Jahres 2021 waren 70,2 % der Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} vollständig geimpft (ohne Auffrischungsimpfungen).

Bewertung

Die Impfdaten bilden einen tagesaktuellen Stand (8:30 Uhr) aller an das RKI gemeldeten Impfungen der Städte und Landkreise in Deutschland ab. Die Impfquote ist aus mehreren Gründen nur bedingt aussagekräftig. Zum einen erfolgt die Zuordnung der Imp fzahlen zu Landkreisen anhand der Postleitzahl (PLZ) der impfenden Stellen (Impfzentren, Betriebe, niedergelassene Ärzteschaft), weshalb keine Zuordnung zum Wohnort der Geimpften möglich ist. Personen aus umliegenden Landkreisen, die sich in der Gesundheitsregion^{plus} impfen lassen, sowie Einwohnerinnen und Einwohner, die sich außerhalb der Region impfen lassen, führen demnach zu Verzerrungen der Daten. Zum anderen sind ein Großteil der betrieblichen Impfungen nicht in der Statistik des RKI erfasst. Hinzu kommt die unterschiedliche Anerkennung des Impfstatus bei Impfstoffen von Johnson & Johnson.

Quelle

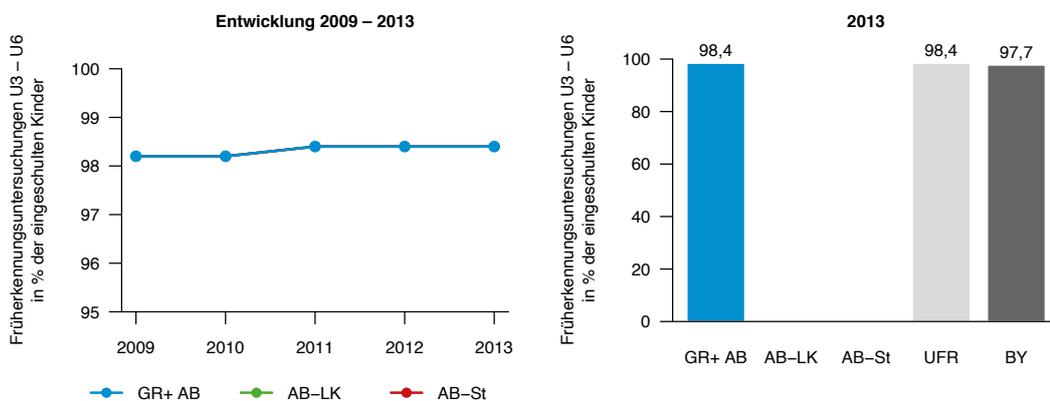
RKI 2022; Berechnungen BASYS

4.3 Krankheitsfrüherkennung bei Kindern

Anteil der Schulanfängerinnen und -anfänger mit Früherkennungsuntersuchungen (U3–U6) im ersten Lebensjahr in Prozent

Das gesetzliche Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder ist ein der Entwicklungsdynamik des Kindes angepasstes mehrteiliges Screening-Programm, das eine möglichst frühzeitige Aufdeckung wesentlicher Entwicklungsstörungen und Erkrankungen zum Ziel hat. Dadurch können, falls notwendig, Therapiemöglichkeiten früher begonnen werden. Der Indikator bezieht sich auf die Anzahl der Einschulkinder, die das Vorsorgeheft zur Schuleingangsuntersuchung vorgelegt haben. Die Bewertung erfolgt ausschließlich im Hinblick auf die Inanspruchnahme. Einbezogen wurden folgende Untersuchungen im ersten Lebensjahr: U3: 4. – 6. Lebenswoche, U4: 3. – 4. Lebensmonat, U5: 6. – 7. Lebensmonat, U6: 10. – 12. Lebensmonat.

Abbildung 36: Krankheitsfrüherkennung bei Kindern



Nahezu alle Kinder der Gesundheitsregion^{plus} nehmen an den Früherkennungsuntersuchungen im ersten Lebensjahr teil. Mit 98,4 % übertrifft die Teilnehmerate an den Früherkennungsuntersuchungen in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2013 den bayerischen Durchschnitt von 97,7 % geringfügig und ist genauso hoch wie der unterfränkische Durchschnitt mit 98,4 %. Der Indikator ist im untersuchten Zeitraum auf hohem Niveau nahezu konstant. Die Daten für Schuleingangsuntersuchungen werden gemeinsam für Landkreis und Stadt erhoben, weshalb sie nicht getrennt ausgewiesen werden. Werte für die Schuljahre nach 2013/14 sind derzeit nicht verfügbar.

Im Rahmen der Einschulungsuntersuchungen werden die Eintragungen im Vorsorgeheft durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erfasst. Die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ist in Bayern verpflichtend. Die Validität der Daten ist auch davon abhängig, ob alle Schulanfängerinnen und -anfänger oder nur eine Teilmenge untersucht wurden und wie hoch der Anteil der untersuchten Einschulkinder ist, die das Vorsorgeheft vorgelegt haben.

LGL 2021a, Indikator 07.06 A

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

4.4 Adipositas bei Kindern

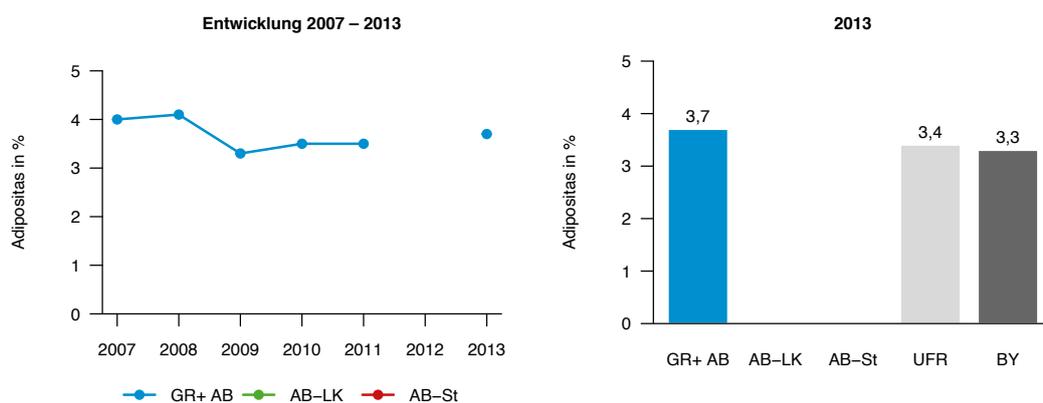
Definition

Anteil adipöser Kinder (größer 97. Perzentil) bei der Schuleingangsuntersuchung in Prozent

Ziel

Zur Beurteilung des Gewichtes von Einschulkindern wird die Verteilung des Body-Mass-Index (BMI) in der Referenzstichprobe der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) herangezogen. Die Bestimmung, ob ein Kind als adipös gilt, wird nach alters- und geschlechtsabhängigen Grenzwerten vorgenommen. Der BMI gilt in der Wissenschaft und Praxis als wichtige Kennziffer für die Bewertung des Gewichtes (Körpermasse) eines Menschen. Sie wird dazu verwendet, auf eine gesundheitliche Gefährdung durch Übergewicht hinzuweisen. Der BMI wird berechnet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Metern dividiert. Der Indikator verwendet als Bevölkerungsbezug die Anzahl der erstmals zur Einschulungsuntersuchung vorgestellten Schulanfängerinnen und Schulanfänger.

Abbildung 37: Adipositas (Body-Mass-Index) bei der Einschulung



Ergebnis

Der Entwicklungszeitraum bezieht sich auf die Zeitspanne 2007 bis 2013. In diesem Zeitraum ging der Anteil adipöser Kinder in der Gesundheitsregion^{plus} von 2007 bis 2009 zurück und stieg anschließend bis 2013 wieder leicht an. 2013 liegt die Gesundheitsregion^{plus} mit einem Anteil von 3,7 % adipöser Kinder zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 2013 über dem bayerischen Durchschnitt (3,3 %). Auch Unterfranken hat mit einem Wert von 3,4 % einen geringeren Anteil als die Gesundheitsregion^{plus}. Die Daten für Schuleingangsuntersuchungen werden gemeinsam für Landkreis und Stadt erhoben und können deshalb nicht getrennt ausgewiesen werden. Für das Jahr 2012 sind keine Daten verfügbar, weshalb es von 2011 bis 2013 keine Entwicklungskurve gibt. Für die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg liegen keine aktuelleren Werte vor.

Bewertung

Es ist lange bekannt, dass Übergewicht/Adipositas zahlreiche Gesundheitsstörungen auslösen und verstärken kann. Eine erhöhte Morbidität als Folge der Adipositas ist jedoch bereits im Kindesalter dokumentierbar, wie z. B. Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen oder erhöhter Blutdruck. Der in den 1990er Jahren beobachtete Anstieg der Adipositas-Raten bei Kindern im Einschulungsalter stagniert inzwischen. In Bayern ist der Anteil adipöser Kinder an den Einschulungskindern in den letzten Jahren leicht rückläufig. Bei der Berechnung des BMI wird jedoch nicht berücksichtigt, ob sich das Körpergewicht aus Muskeln oder Fett zusammensetzt.

Quelle

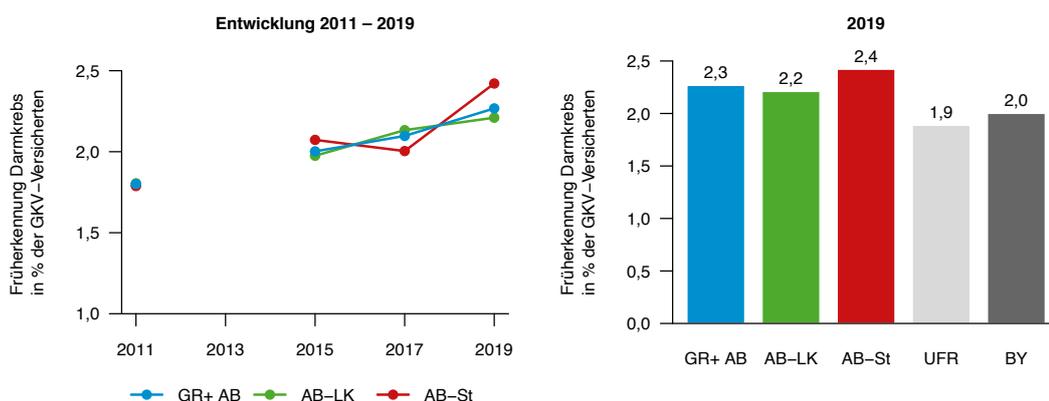
LGL 2021a, Indikator 04.09

4.5 Früherkennung Darmkrebs

Anteil der Patientinnen und Patienten mit Darmspiegelung ab 55 Jahre der GKV-Versicherten in Prozent

Früherkennungsuntersuchungen sind ein wichtiges Instrument der Sekundärprävention. Als effizienteste Möglichkeit, Darmkrebs im Frühstadium zu erkennen oder sogar zu verhindern, gilt die Koloskopie (Darmspiegelung). Dabei wird der Darm mit Hilfe eines Spiegels von innen sichtbar gemacht, sodass Krebsvorstufen, sogenannte Polypen, erkannt und noch während der Untersuchung beseitigt werden können. Der Indikator berichtet über den Anteil von Patientinnen und Patienten mit Darmspiegelung ab dem Alter von 50 Jahren für Männer und 55 Jahren für Frauen bezogen auf die gleichaltrigen GKV-Versicherten mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 38: Früherkennung Darmkrebs



Die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Darmkrebs ist in der Gesundheitsregion^{plus} überdurchschnittlich. Sie ist im Zeitverlauf gestiegen. Insgesamt wurden in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2019 1.927 Koloskopien in der ambulanten Versorgung für GKV-Versicherte abgerechnet. Der Bevölkerungsanteil (basierend auf den Zahlen für GKV-Versicherte) beträgt in Bayern 2,0 %, im Bezirk Unterfranken 1,9 % und in der Gesundheitsregion^{plus} 2,3 %. In der Stadt Aschaffenburg konnte die Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung etwas stärker gesteigert werden als im Landkreis. Die Inanspruchnahme der Darmkrebsfrüherkennung ist zwischen 2011 und 2019 in der Gesundheitsregion^{plus} um 25,9 % und in Bayern um 15,5 % gestiegen. Zwischen 2017 und 2019 ist ein überregionaler Zuwachs der Untersuchungszahl zu verzeichnen. Dieser ist insbesondere auf die 2019 erfolgte Absenkung der Altersgrenze für anspruchsberechtigte Männer auf 50 Jahre sowie zum Teil auch auf das neue Einladungsverfahren zurückzuführen. Da für das Jahr 2013 keine Daten vorliegen, kann in diesem Zeitraum keine Entwicklungskurve abgebildet werden.

Männer haben ab dem Alter von 50 Jahren, Frauen ab dem Alter von 55 Jahren Anspruch auf zwei Darmspiegelungen als Darmkrebsfrüherkennungsuntersuchung im Abstand von 10 Jahren. Wünschenswert wäre es in jedem Fall, wenn zukünftig noch mehr Menschen von dem Nutzen dieser Maßnahme überzeugt und zu einer Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung motiviert werden können (vgl. Zi 2021). Da der Indikator auf den kassenärztlichen Abrechnungsdaten beruht, ist eine Aussage über die Validität nur für die gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung möglich.

LGL 2021a, Indikator 07.16 C; LGL 2017, Indikator 07.16 C

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

4.6 Missbrauch psychotroper Substanzen

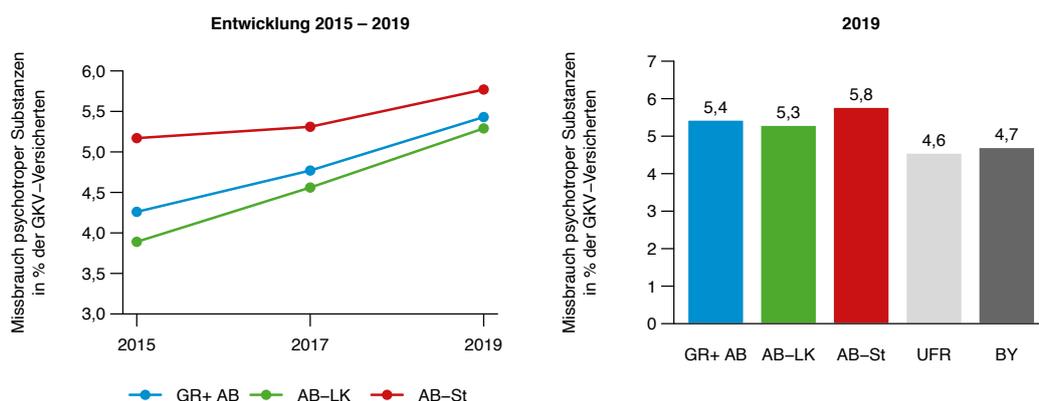
Definition

Anteil der Patientinnen und Patienten mit psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F19) an allen ambulant Behandelten in Prozent

Ziel

Ein erheblicher Anteil der psychischen Verhaltensstörungen wird durch Substanzmissbrauch verursacht, vor allem durch Alkohol und Cannabis. Mit dem vorliegenden Indikator wird versucht, die Morbidität der Bevölkerung und die Belastungen des Gesundheitswesens durch Substanzmissbrauch darzustellen. Berücksichtigt werden neben Alkohol und Cannabis folgende psychotrope Substanzen: Opiode, Sedativa und Hypnotika, Kokain, andere Stimulanzien einschließlich Koffein, Halluzinogene, Tabak, flüchtige Lösungsmittel sowie sonstige psychotrope Substanzen.

Abbildung 39: Missbrauch psychotroper Substanzen



Ergebnis

Der Anteil der Bevölkerung mit Drogenmissbrauch an allen ambulanten Patientinnen und Patienten beträgt etwa 5,4 % in der Gesundheitsregion^{plus}. Der Wert liegt sowohl über dem bayerischen (4,7 %) als auch unterfränkischen Durchschnitt (4,6 %). Insgesamt weist die Abrechnungsstatistik für die Gesundheitsregion^{plus} 10.995 Patienten mit psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen für das Jahr 2019 aus. Während dieser Anteil im Jahr 2015 nur 5 % über dem bayerischen Mittel lag, waren es im Jahr 2019 bereits 15 %. Betrachtet man die Entwicklung von 2015 bis 2019, nimmt dieser Anteil sowohl im Landkreis als auch in der Stadt Aschaffenburg stetig zu. Allerdings entwickelte sich dabei der Landkreis Aschaffenburg wesentlich dynamischer als die Stadt Aschaffenburg.

Bewertung

Psychische und Verhaltensstörungen sind besonders häufige und kostenintensive Erkrankungen, die eine große Belastung für die Lebensführung und -qualität der Betroffenen sowie ihrer Angehörigen darstellen. Psychische und Verhaltensstörungen gewinnen für den Gesundheitszustand aller Altersgruppierungen der Bevölkerung – speziell auch im höheren Lebensalter – zunehmend an Bedeutung und sind daher auch ein wichtiger Bereich der Versorgung. Dieser Indikator beruht auf Abrechnungszahlen der KVB. Die Basis für die Berechnung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Praxis sind die Versicherten in der GKV, deren Zahl auf Kreisebene jedoch unbekannt ist und daher näherungsweise über die „GKV-versicherten Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung“ bestimmt wird.

Quelle

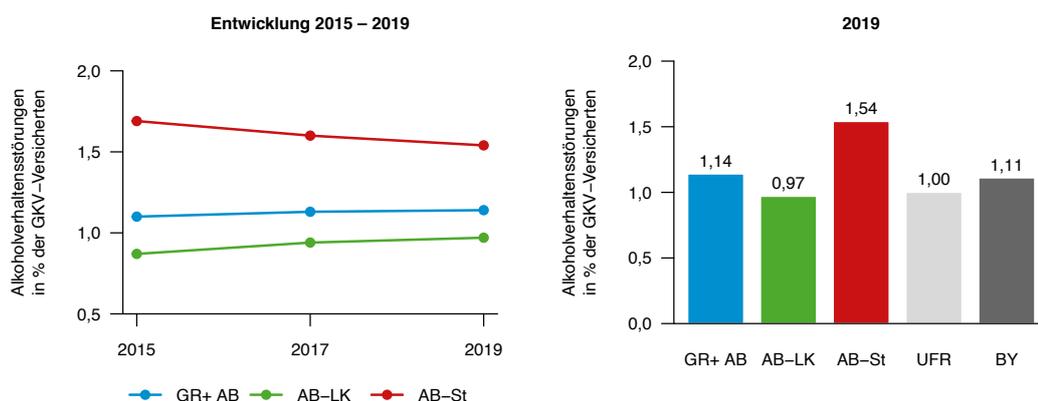
LGL 2021a, Indikator 03.82 A

4.7 Verhaltensstörungen durch Alkohol

Ambulante Patientinnen und Patienten mit Alkoholverhaltensstörungen je 100 GKV-versicherte Patientinnen und Patienten

Dieser Indikator erfasst alkoholbedingte psychische Störungen bzw. Verhaltensstörungen (ICD-10: F10) unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern zusammen. Dazu gehören u. a. die akute Intoxikation (akuter Rausch), der schädliche Gebrauch sowie das Abhängigkeits- und das Entzugssyndrom. Erfasst werden personenbezogen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in der ambulanten Versorgung, deren Alkoholverhaltensstörungen in mindestens zwei Quartalen pro Abrechnungsjahr dokumentiert wurden. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnort einer Person.

Abbildung 40: Alkoholverhaltensstörungen



Die Häufigkeit von Verhaltensstörungen durch Alkohol, die in der ambulanten Versorgung der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg beobachtet wird, entspricht mit 1,1 % dem bayerischen Durchschnitt. Der Anteil ist in der Gesundheitsregion^{plus} in den letzten Jahren wie auch in Unterfranken und Bayern nahezu konstant geblieben. In der Stadt Aschaffenburg ist der Anteil höher als im Landkreis Aschaffenburg, wobei er im Zeitverlauf leicht rückläufig ist. Insgesamt wurden in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2019 2.300 Alkoholvergiftungen in der ambulanten Versorgung abgerechnet.

Datengrundlage bilden Abrechnungszahlen der KVB. Der Indikator stellt die Teilgruppe von Personen mit Alkoholmissbrauch des vorhergehenden Kapitels 4.6 (Drogenmissbrauch) dar und kann deshalb unmittelbar mit diesem verglichen werden. Der Vergleich mit dem vorherigen Indikator zeigt, dass in der Gesundheitsregion^{plus} etwa jeder fünfte Drogenmissbrauch auf den Genuss von Alkohol zurückzuführen ist, im bayerischen Durchschnitt dagegen nur jeder Vierte. Eine weitergehende Analyse ermöglicht der folgende Indikator 4.8 (Alkoholmissbrauch Jugendlicher).

LGL 2021a, Indikator 03.82 C

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

4.8 Alkoholmissbrauch Jugendlicher

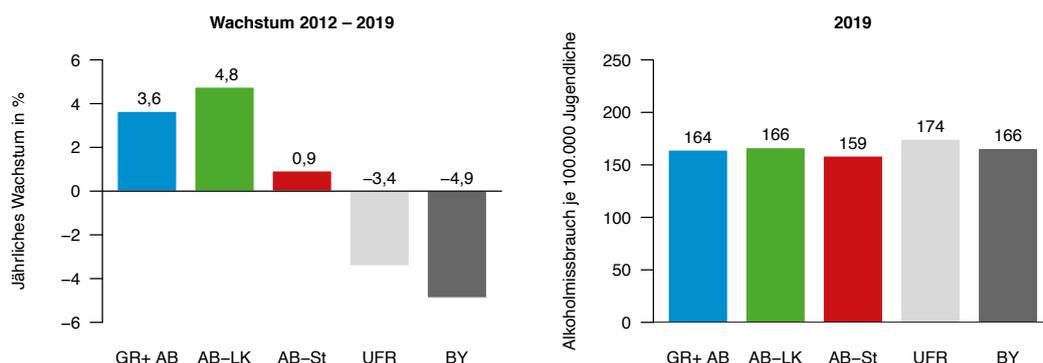
Definition

Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch einen akuten Rausch (ICD-10: F10.0) je 100.000 Jugendliche (unter 20 Jahre)

Ziel

Dieser Indikator spiegelt den übermäßigen Konsum von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen wider. Während akute Alkoholvergiftungen im Erwachsenenalter nicht immer eine Krankenhauseinweisung nach sich ziehen, besteht im Kindes- und Jugendalter hierfür fast immer ein Anlass. Erfasst werden die Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch akute Alkoholintoxikation (akuter Rausch) (ICD-10: F10.0) bei unter 20-Jährigen. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 41: Krankenhausfälle infolge akuten Rauschs bei Jugendlichen



Ergebnis

Die Häufigkeit der Krankenhausfälle in Folge von Alkoholintoxikationen bei Kindern und Jugendlichen ist in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg im Vergleich zu Bayern durchschnittlich. Sie ist allerdings im Gegensatz zum Regierungsbezirk Unterfranken und zu Bayern im Beobachtungszeitraum gestiegen. Insgesamt wurden im Jahr 2019 in der Gesundheitsregion^{plus} 73 Alkoholvergiftungen in der Krankenhausversorgung abgerechnet. Das entspricht einer Zunahme von 28,5 % gegenüber dem Jahr 2012 bzw. 3,6 % pro Jahr. In einem Geschlechtervergleich fällt auf, dass männliche Jugendliche häufiger betroffen sind als weibliche.

Bewertung

Alle Krankenhäuser sind berichtspflichtig, d. h. es liegt eine Totalerhebung vor. Nicht enthalten sind Krankenhäuser im Straf-/Maßregelvollzug sowie Polizei- und Bundeswehrkrankenhäuser. Es ist zudem zu beachten, dass in der Diagnosestatistik Mehrfachbehandlungen zu Mehrfachzählungen führen. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen bedeuten deshalb nicht zwangsläufig eine Veränderung der Morbidität.

Quelle

LGL 2021a, Indikator 03.83 A



**Hand
aufs
Herz**

Sind Sie ein Bewegungsmuffel?

Wenn Sie schon beim Treppensteigen außer Puste kommen, wird es höchste Zeit: Bringen Sie Ihr Herz mit regelmäßiger körperlicher Bewegung in Schwung – und verringern Sie damit das Risiko für einen Herzinfarkt.

AKTIV GEGEN HERZINFARKT
handaufsherz.bayern.de

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



5 Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung bildet eine wichtige Grundlage für die Gesundheit einer Bevölkerung. Sie beinhaltet u. a. die Behandlung akuter und chronischer Krankheiten, Aufklärung und Beratung, Vorsorge, Gesundheitsschutz und -förderung sowie die Rehabilitation. Im Wesentlichen prägen zwei Gruppen die medizinische Versorgung. Zum einen sind dies die Erbringer ambulanter Leistungen (z. B. die Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie Apotheken) und zum anderen die Einrichtungen der stationären Gesundheitsversorgung. Hierzu gehören Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Im Abschnitt medizinische Versorgung werden 15 Indikatoren für die Gesundheitsregion^{plus} dargestellt. Die Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Leistungen beziehen sich auf die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, die Daten zur stationären Inanspruchnahme dagegen auf die gesamte Bevölkerung. Die Kennzahlen zur Pflege werden in Kapitel 6 aufgezeigt. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse des Kapitels kurz dargelegt.

Die hausärztliche und fachärztliche Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} ist gemäß der Versorgungsplanung der KVB bedarfsgerecht. Die Hausarztfälle je GKV-Versicherten liegen in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg knapp über dem Durchschnittswert Bayerns. Bei der fachärztlichen Versorgung ist dagegen, gemessen an den Fallzahlen, eine geringere Leistungsanspruchnahme sowohl im Vergleich zum Durchschnitt Unterfrankens als auch Bayerns festzustellen. Dies ist durch ein geringeres Angebot an fachärztlichen Fachkräften bedingt. Die Facharzttdichte liegt unter dem Wert Bayerns, wobei die fachärztliche Versorgung damit gemäß der Versorgungsplanung bedarfsgerecht ist. Ob durch die geringere Facharzttdichte ein Versorgungsproblem vorliegt, kann anhand der vorliegenden Untersuchung nicht abschließend festgestellt werden. Die geringe Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung kann auf weitere Faktoren zurückzuführen sein, wie z. B. die Krankenhausversorgung, den Gesundheitszustand oder die Präferenzen der Bevölkerung. Im Hinblick auf die Entwicklung der Fallzahlen zeigt sich in der Gesundheitsregion^{plus} eine Abnahme der fachärztlichen und hausärztlichen Fallzahlen je Versicherten, während sie in Bayern stagnierten. Auch wenn die Gesundheitsregion^{plus}, gemessen an den Planungsvorgaben in der haus- und fachärztlichen Versorgung, als gut ausgestattet abschneidet, sollten die strukturellen Unterschiede weiter untersucht werden. Die Erreichbarkeit dieser beiden Arztgruppen liegt im Großteil der Region unter 5 bzw. 10 Minuten und erfüllt damit auch die Vorgaben der Versorgungsplanung. Bei den Berechnungen der Erreichbarkeiten werden nur ärztliche Praxen und Krankenhäuser berücksichtigt, die innerhalb der Gesundheitsregion^{plus} liegen. Die Mitversorgung durch ärztliche Praxen und Leistungserbringende in anderen Landkreisen wird nicht einbezogen.

Bezüglich der ambulanten Arzneimittelversorgung ist zu beachten, dass die Apothekendichte im Jahr 2020 zwar geringfügig über dem bayerischen Durchschnitt liegt, sich jedoch ein deutliches Stadt-Land-Gefälle zeigt, d. h. in der Stadt Aschaffenburg war sie deutlich höher als im Landkreis.

In der stationären Versorgung liegt die Bettendichte (Anzahl der Krankenhausbetten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) in der Gesundheitsregion^{plus} unter dem bayerischen Vergleichswert. Auch ist das Niveau der Inanspruchnahme unter dem von Unterfranken und Bayern. Inwieweit die Gesundheitsregion^{plus} durch die Universitätskliniken Würzburg und Frankfurt mitversorgt wird, bedarf weiterer Untersuchungen. Die Gesundheitsregion^{plus} ist in der medizinischen Versorgung, bedingt durch die Topografie, in hohem Maße auf die Vorhaltung einer eigenen Infrastruktur angewiesen. Die Mitversorgung durch die beiden oben genannten Städte dürfte ganz besonders der spezialfachärztlichen Versorgung gelten.

Was den zukünftigen Bedarf an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten betrifft, ist ebenfalls zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu differenzieren. In der hausärztlichen Versorgung ist altersstrukturbedingt ein hoher Ersatzbedarf zu erwarten. In der allgemeinen fachärztlichen betrifft dies die Fachgebiete unterschiedlich. Erfreulich ist, dass in einzelnen Fachgebieten Verbesserungen in der Versorgungsdichte erzielt wurden. In der stationären Versorgung ist prospektiv eine Entwicklung der Krankenhausfälle je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner unter dem Durchschnitt Bayerns wahrscheinlich. In diesem Rahmen sind auch insbesondere die Kommunen aufgerufen, im Dialog mit der Ärzteschaft neue, lokal angepasste Formen der Gesundheitsversorgung zu konzipieren und auf den Weg zu bringen.

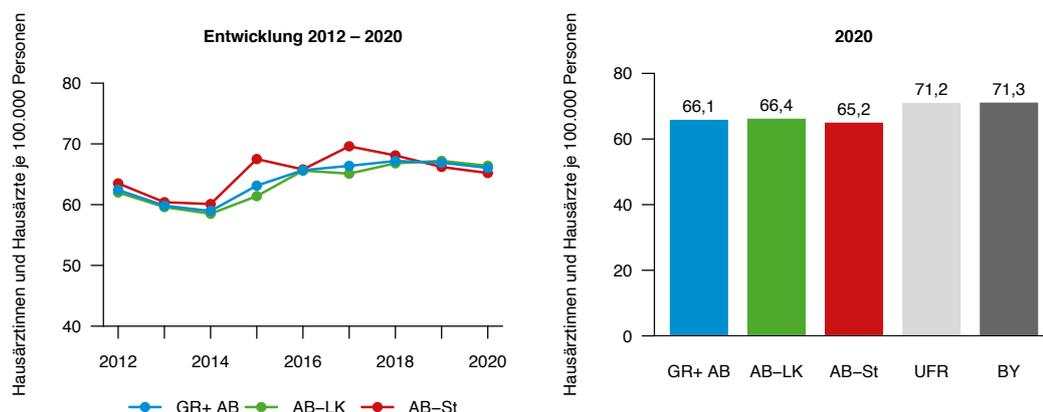
5.1 Hausärztdichte

Hausärztinnen und Hausärzte (Kopfzahl) je 100.000 Personen

Hausärztinnen und Hausärzte gehören zu den wohnortnah benötigten Arztgruppen, daher sind regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgungsinfrastruktur besonders interessant. Über den potenziellen Zugang zur hausärztlichen Versorgung gibt neben der Erreichbarkeit auch die Hausärztdichte Auskunft. Dichteziffern in Abhängigkeit von der Besiedlungsstruktur bilden ferner die Richtwerte in der ärztlichen Bedarfsplanung. Höhere Werte dieses Indikators können i. d. R. als bessere Versorgung interpretiert werden.

Das Kapitel zeigt zudem die Versorgungssituation der hausärztlichen Versorgung nach der Bedarfsplanung der KVB. Die Gesundheitsregion^{plus} wird hierbei in vier Planungsbereiche unterteilt: Aschaffenburg Stadt, Aschaffenburg Umland, Alzenau in Unterfranken und Spessart.

Abbildung 42: Hausärztdichte



In der Gesundheitsregion^{plus} praktizierten im Jahr 2020 etwas weniger Hausärztinnen und Hausärzte in der hausärztlichen Versorgung (66,1 je 100.000 Personen) als im bayerischen Durchschnitt (71,3). Der Landkreis Aschaffenburg verzeichnet in den Jahren 2012 – 2020 einen Anstieg von 7,1 %, während die Hausärztdichte in der Stadt Aschaffenburg um 5,8 % und in Bayern insgesamt um 5,1 % zunahm. In der Gesundheitsregion^{plus} versorgten demnach die 163 hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte im Mittel 1.514 Personen.

Tabelle 1 zeigt die hausärztliche Versorgung gemäß der Bedarfsplanung der KVB sowohl in Bedarfsäquivalenten als auch in Personen (Kopfzahlen). Nach der Bedarfsplanung lag der Versorgungsgrad bei Hausärztinnen und Hausärzten im Jahr 2021 in allen vier Planungsbereichen über 100 % und gilt damit als regelversorgt. Wie die Strukturdaten der hausärztlichen Bedarfsplanung zeigen, hat jedoch ein erheblicher Teil der Hausärztinnen und Hausärzte ein Alter von über 60 Jahren erreicht (vgl. Tabelle 1, letzte Spalte). Aufgrund der unterschiedlichen räumlichen Abgrenzung sind in der Tabelle mit 176 Personen mehr Hausärztinnen und Hausärzte ausgewiesen als in der Gesundheitsregion^{plus} tätig sind (163).

In der Region Spessart sind 28 Ärztinnen und Ärzte in der hausärztlichen Versorgung tätig. Nach Anrechnung in der Bedarfsplanung entspricht das einer Zählung von 26,25 Bedarfsäquivalenten und einem Versorgungsgrad von 101,58 %. Sechs der Praktizierenden sind weiblich und 22 sind über 60 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Hausärztinnen und Hausärzte beträgt 54,6 Jahre, was unter dem unterfränkischen und bayerischen Durchschnitt liegt. 39,3 % der in diesem Bereich Tätigen sind demnach über 60 Jahre alt.

Definition

Ziel

Ergebnis

Lesebeispiel

Tabelle 1: Strukturdaten der hausärztlichen Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg*

Region	Hausärztinnen und Hausärzte						
	Bedarfs- äquivalente	Personen	darunter		Versorgungs- grad (in %)	Durchschnitts- alter (in Jahren)	Anteil über 60 Jahre (in %)
			Frauen	über 60 Jahre alt			
Stadt Aschaffenburg	45,00	45	16	18	102,56	56,9	40,5
Umland Aschaffenburg*	66,00	71	33	24	107,45	54,6	33,8
Alzenau	30,75	32	15	14	101,79	56,0	43,8
Spessart	26,25	28	6	22	101,58	54,6	39,3
Unterfranken	862,65	932	373	371	105,22**	56,0	39,8
Bayern	8.650,45	9.357	4.211	3.303	105,79**	55,3	35,3

*einschl. der Gemeinden Niedernberg und Sulzbach a.M. des Landkreises Miltenberg.

**Berechnungen BASYS.

Quelle: KVB 2021d (Stand August 2021).

Bewertung

Die hausärztliche Bedarfsplanung erfolgt für Bayern auf Basis von 204 Planungsbereichen, die sich an den so genannten Mittelbereichen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) orientieren. In der Bedarfsplanung werden nicht alle Ärztinnen und Ärzte in vollem Umfang angerechnet. Manche Personen werden aufgrund eines geringeren Tätigkeitsumfangs nur anteilig berücksichtigt. Die Bedarfsäquivalente umfasst die Zählung nach dieser Anrechnung und ist Grundlage der Berechnung des Versorgungsgrads.

Die Personenzählung entspricht der absoluten Anzahl aller Ärztinnen und Ärzte unabhängig von ihrem Tätigkeitsumfang oder ihrer Berücksichtigung in der Bedarfsplanung. Die räumliche Verteilung der Ärzteschaft sowie die Informationen zu Alter und Geschlecht basieren auf dieser Zählweise.

Wie viel ärztliches Fachpersonal in einem Planungsbereich laut Bedarfsplanungs-Richtlinie benötigt werden, wird mit der allgemeinen Verhältniszahl festgelegt. Diese gibt vor, für wie viele Einwohnerinnen und Einwohner eine niedergelassene Ärztin oder ein Arzt vorhanden sein soll. Für jede Arztgruppe gelten eigene allgemeine Verhältniszahlen. Für die hausärztliche Versorgung gilt z. B., dass eine Hausärztin oder ein Hausarzt für 1.607 Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung stehen soll. Für die Bedarfsplanung der einzelnen Planungsbereiche wird die Verhältniszahl je nach Kreistyp angepasst und damit u. a. an die regionale Alters- und Geschlechtsstruktur, den unterschiedlich hohen Leistungsbedarf der Bevölkerung und ihre Morbidität angepasst.

Anzumerken ist, dass für die Hausarzttdichte unterschiedliche Werte publiziert werden. Die Unterschiede liegen u. a. darin, dass zur Berechnung verschiedene räumliche und zeitliche Abgrenzungen und Bezugsgrößen verwendet werden.

Quelle

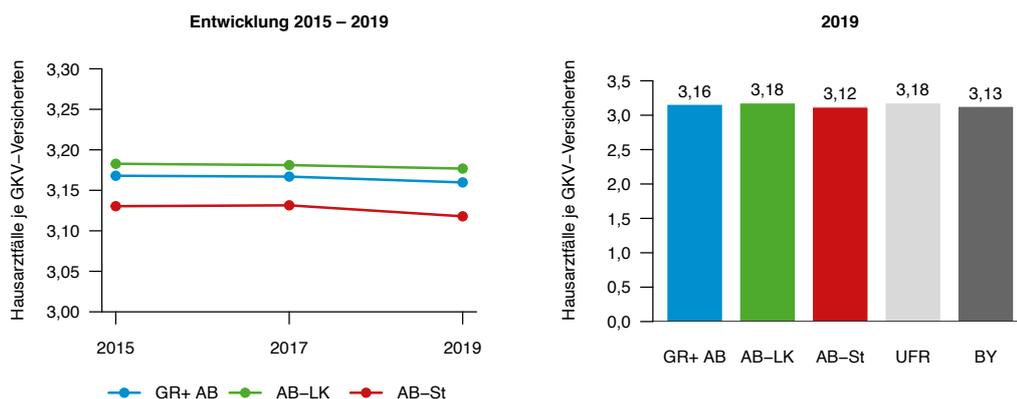
LGL 2021a, Indikator 08.08 B; Zi 2019; KVB 2019; KVB 2021d; Berechnungen BASYS

5.2 Hausarztfälle

Anzahl der Fälle in der hausärztlichen Versorgung je GKV-versicherte Patientin oder Patient

Hausärztinnen und Hausärzte sind die zentralen Ansprechpersonen für die akute Versorgung und die kontinuierliche, oft lebenslange Betreuung der Bevölkerung bei allen gesundheitlichen Problemen. Sie sind in der Regel wohnortnah erreichbar und übernehmen nach den Grundsätzen der partizipativen Entscheidungsfindung und unter Einbeziehung anderer Facharztgruppen die Verantwortung für die kontinuierliche medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die regionale Zuordnung erfolgt nach dem Wohnortprinzip.

Abbildung 43: Hausarztfälle



Bezogen auf eine GKV-versicherte Person sind es durchschnittlich 3,16 Fälle, die im Jahr 2019 in der hausärztlichen Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} abgerechnet wurden. Dabei gibt es kaum Unterschiede zwischen dem Landkreis (3,18), der Stadt Aschaffenburg (3,12) und dem Wert für Bayern (3,13). Die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen ist in den letzten Jahren vor allem durch die Zahl der GKV-Versicherten gestiegen, während die Anzahl der abgerechneten Fälle je GKV-versicherte Person nahezu konstant blieb. Die geringfügigen Unterschiede in der Gesundheitsregion^{plus} sowohl im Niveau als auch in der Entwicklung zu Bayern können vielfältige Ursachen haben, wie die unterschiedliche Struktur des Patientenguts oder die regionale Verfügbarkeit der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung. Eine weitere Differenzierung nach dem Geschlecht der Behandelten zeigt eine höhere Inanspruchnahme durch Frauen als durch Männer.

Der Indikator gibt Auskunft über die Versorgungslast, die eine Ärztin bzw. ein Arzt zu bewältigen hat. Die Kennzahl wird erheblich durch die Abrechnungsvorschriften in der vertragsärztlichen Versorgung beeinflusst. Die „GKV-versicherten Patientinnen und Patienten“ sind eine Näherungsgröße, die anstelle der unbekannteren Zahl der GKV-Versicherten je Landkreis verwendet wird. Die geringere Fallzahl in der Stadt Aschaffenburg geht mit einer etwas geringeren Hausarztichte und einer höheren Facharztichte als im Landkreis Aschaffenburg einher.

LGL 2021a, Indikator 03.19 C

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

5.3 Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung

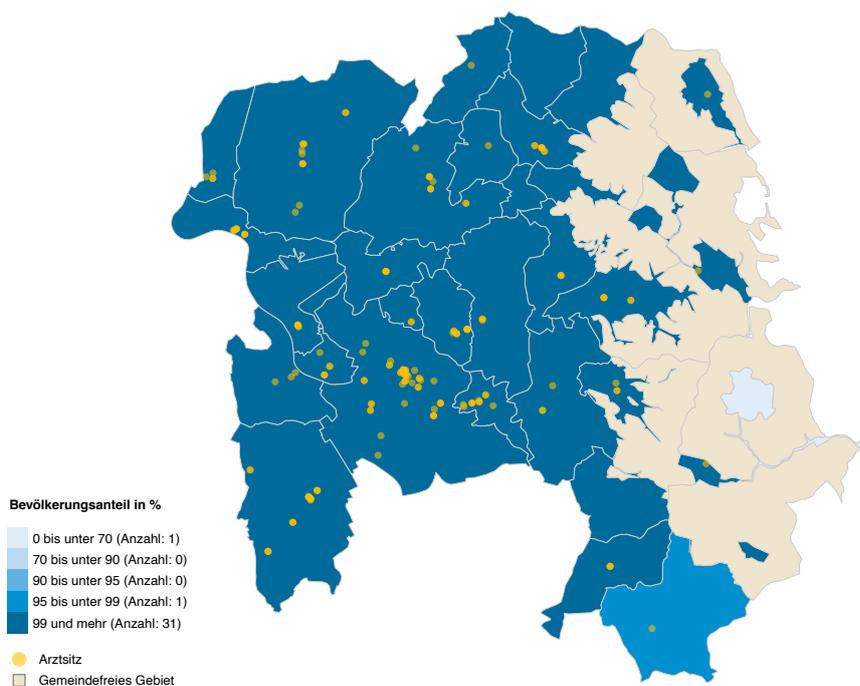
Definition

Anteil der Bevölkerung, der in einer vorgegebenen Fahrzeit (10 Minuten) einen Praxisstandort der hausärztlichen Versorgung mittels privatem Personenkraftwagen (PKW) erreichen kann

Ziel

Der Indikator beschreibt die Erreichbarkeit der Bevölkerung einer Hausarztpraxis. Hausärztinnen und Hausärzte gehören zu den wohnortnah benötigten Arztgruppen. Die kleinräumige regionale Verteilung in der ambulanten Versorgungsinfrastruktur ist daher für die Gesundheitspolitik von besonderer Bedeutung.

Abbildung 44: Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung bei 10 Minuten Fahrzeit



Ergebnis

Die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg ist mit Hausärztinnen und Hausärzten entsprechend den Verhältniszahlen der Bedarfswerte gut ausgestattet. Dies trifft auch auf die räumliche Verteilung zu. Die Erreichbarkeit einer hausärztlichen Praxis liegt größtenteils unter 5 Minuten. So liegt in der Gesundheitsregion^{plus} der Anteil der Bevölkerung, der innerhalb von 10 Minuten Fahrzeit eine Hausärztin/einen Hausarzt erreichen kann, bei 99,6%. Lediglich in einer Gemeinde müssen mehr als 30% der Bevölkerung längere Fahrzeiten in Kauf nehmen.

Bewertung

Grundsätzlich ist die hausärztliche Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} damit auf einem sehr hohen Niveau. Bei der Erreichbarkeit von Hausärztinnen und Hausärzten spielt nicht nur deren Anzahl in Relation zur Bevölkerungsdichte, sondern auch die räumliche Verteilung eine Rolle. Die Entfernungen und Fahrzeiten sind deshalb i. d. R. in ländlichen Räumen größer als in den Zentren.

Quelle

KVB 2021c; Berechnungen BASYS

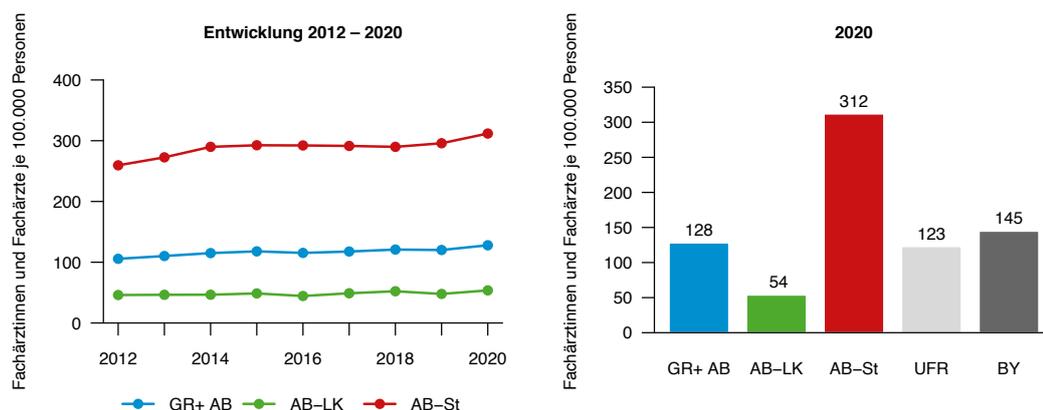
5.4 Facharztdichte

Ambulant tätige Fachärztinnen und Fachärzte (Kopfzahl) je 100.000 Personen

Die hier abgebildeten Werte zur fachärztlichen Versorgung sind als Differenz der beiden Indikatoren ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte und Hausärztinnen und Hausärzte (Personenzählung) zu sehen. Eine höhere Dichte steht dabei für einen besseren Zugang. Für den Vergleich des potenziellen Zugangs zur fachärztlichen Versorgung wird neben der Facharztdichte zusätzlich die Erreichbarkeit als Gesundheitsmerkmal herangezogen.

Der Indikator bildet zudem die Versorgungssituation der fachärztlichen Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg gemäß der Bedarfsplanung der KVB ab.

Abbildung 45: Facharztdichte



In der Gesundheitsregion^{plus} ist die Facharztdichte im Jahr 2020 mit 128 Fachärztinnen und Fachärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich geringer als der bayerische Durchschnitt (145). Dies gilt nicht im Vergleich zum unterfränkischen Durchschnitt (123). Auffällig ist auch das höhere Wachstum in den letzten Jahren in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern und zum Regierungsbezirk Unterfranken. Innerhalb der Gesundheitsregion^{plus} setzte sich die Konzentration in der Stadt Aschaffenburg fort. Insgesamt arbeiteten im Jahr 2020 314 Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu 163 in der hausärztlichen Versorgung (vgl. Indikator 5.1).

Tabelle 2 zeigt die Versorgungsstruktur der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach Fachgebieten in der Gesundheitsregion^{plus} nach der Bedarfsplanung in Bedarfsäquivalenten und Personen (Kopfzahlen). Anhand der vorhandenen Daten lässt sich zusammenfassen, dass die allgemeine fachärztliche Versorgungsstruktur in der Kreisregion Aschaffenburg, gemessen an den KVB-Bedarfsrichtlinien, gut ist. Bei allen Fachgebieten liegt im Jahr 2021 der Versorgungsgrad über 100 %. Einzige Ausnahme bildet dabei das Fachgebiet Nervenheilkunde. Hier beträgt der Versorgungsgrad 98,5 %.

Die jüngste Zunahme an Fachpersonal in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung betraf vor allem die Fachrichtung Psychotherapie. In der Kinderheilkunde, Augenheilkunde und Dermatologie gab es hingegen keine Verbesserung.

Definition

Ziel

Ergebnis

Tabelle 2: Strukturdaten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach Fachgebieten in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg

Fachgebiet	Ärztinnen und Ärzte						
	Bedarfs- äquivalente	Personen	darunter		Versorgungs- grad (in %)	Durchschnitts- alter (in Jahren)	Anteil über 60 Jahre (in %)
			Frauen	über 60 Jahre alt			
Pädiatrie	18,5	22	16	7	133,50	51,6	31,8
Augenheilkunde	13,5	16	5	5	102,71	54,4	31,3
Gynäkologie	26,0	35	23	8	121,11	52,4	22,9
Dermatologie	8,5	11	6	4	119,40	57,6	36,4
Nervenheilkunde	12,0	13	6	3	98,51	54,3	23,1
Urologie	7,0	7	2	1	115,80	52,3	14,3
Psychotherapie	51,5	71	46	25	109,54	52,4	35,2
Chirurgie und Orthopädie	25,0	31	6	11	140,30	54,8	35,5
HNO-Heilkunde	10,5	11	4	2	112,24	48,4	18,2

Quelle: KVB 2021a (Stand August 2021).

Hinsichtlich der spezialisierten und der gesonderten fachärztlichen Versorgung erfolgt die Bedarfsplanung überregional und bayernweit, sodass hier keine Aussagen über die Niveauunterschiede und die Entwicklungen getroffen werden können.

Auch in der fachärztlichen Versorgung stellt sich die Frage nach den Auswirkungen der Alterung der Ärzteschaft. Der Anteil der über 60-Jährigen macht deutlich, dass dort in den kommenden Jahren ein erheblicher, aber unterschiedlich hoher Ersatzbedarf entstehen wird. Während der Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte über 60 Jahre in der Urologie lediglich 14,3 % beträgt, liegt dieser in der Dermatologie bei 36,4 % (vgl. Tabelle 2, letzte Spalte).

Bewertung

Die Facharztdichte sagt nichts darüber aus, ob die Anzahl für die Bedürfnisse der Bevölkerung ausreicht. Aus der reinen Beobachtung einer geringeren Facharztdichte folgt daher nicht unmittelbar ein Versorgungsproblem. Eine geringe oder hohe ambulante Dichteziffer kann auch auf andere Faktoren zurückzuführen sein, z. B. auf die Krankenhausversorgung, auf Präferenzen der Bevölkerung oder auch auf den Gesundheitszustand bzw. das Alter der Bevölkerung. In Verbindung mit den Merkmalen zur Leistungsanspruchnahme (Hausarztfälle, Facharztfälle, Krankenhausaufenthalte und Rehabilitationsleistungen) sowie der Bevölkerungs- und Sozialstruktur ergeben sich aber durchaus Anhaltspunkte für mögliche Versorgungsprobleme (Hinweise zur Bedarfsplanung vgl. 5.1 Hausarztdichte).

Quelle

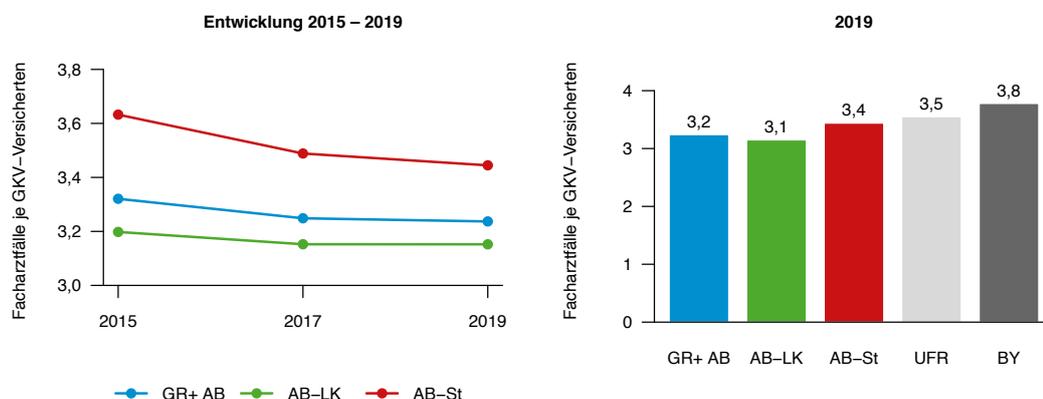
LGL 2021a, Indikator 8.08 und 8.08 B; KVB 2019; KVB 2021a; Berechnungen BASYS

5.5 Facharztfälle

Anzahl der Fälle in der fachärztlichen Versorgung je GKV-versicherte Patientin oder Patient

Dieser Indikator bildet fallbezogen das Ausmaß ambulant versorgter Patientinnen und Patienten in fachärztlichen Praxen ab. Eine Person kann dabei mehrere Fälle verursachen.

Abbildung 46: Facharztfälle



Bezogen auf eine GKV-versicherte Person waren es rund 3,2 Fälle, die im Durchschnitt in der fachärztlichen Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2019 abgerechnet wurden. Dabei gibt es Unterschiede zwischen dem Landkreis (3,2) und der Stadt (3,4) Aschaffenburg. Im Vergleich zu Bayern, aber auch zu Unterfranken, ist der Indikator unterdurchschnittlich. Sowohl im Landkreis als auch in der Stadt Aschaffenburg gingen die Facharztfälle von 2015 bis 2019 zurück. Zukünftig lässt die weitere Alterung der Bevölkerung einen Anstieg des Bedarfs an fachärztlichen Leistungen in der Gesundheitsregion^{plus} erwarten.

Als Bezugsbasis werden GKV-Versicherte mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung verwendet. Die Anzahl der abgerechneten Fälle in fachärztlichen Praxen gibt keine Auskunft über den Umfang und die Struktur der abgerechneten Leistungen. Die niedrige Fallzahl in der Gesundheitsregion^{plus} korrespondiert allerdings mit der geringeren Facharzttdichte. Eine weitere Differenzierung nach dem Geschlecht der Behandelten zeigt eine höhere Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen durch Frauen als durch Männer. Im Vergleich mit der hausärztlichen Versorgung zeigt sich eine ungleiche Entwicklung zwischen Stadt und Landkreis. Dies bedarf einer differenzierten Analyse unter Einbeziehung der Fachrichtungen.

LGL 2021a, Indikator 03.19 G

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

5.6 Erreichbarkeit der fachärztlichen Versorgung

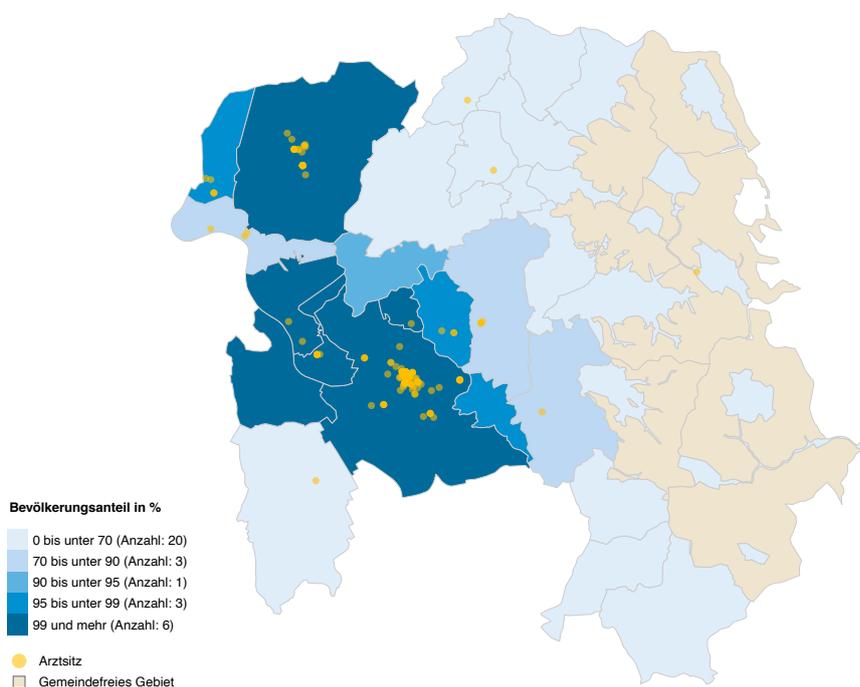
Definition

Anteil der Bevölkerung in Prozent, der den Praxisstandort jedes Fachgebiets der ambulanten fachärztlichen Versorgung im Durchschnitt innerhalb der vorgegebenen Fahrzeit (15 Minuten) mittels privatem PKW erreichen kann

Ziel

Der Indikator beschreibt den Bevölkerungsanteil, der potenziell innerhalb einer vorgegebenen Fahrzeit mittels PKW die nächstgelegene Fachärztin bzw. den nächstgelegenen Facharzt erreichen kann. Einbezogen wurden die neun Fachgebiete Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Dermatologie, Gynäkologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie und Urologie der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Hierbei handelt es sich um Durchschnittswerte, da die räumliche Verteilung nach Fachgebiet variiert.

Abbildung 47: Erreichbarkeit der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bei 15 Minuten Fahrzeit



Ergebnis

Für die Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} sind die fachärztlichen Praxen gut erreichbar. Dies zeigt auch die räumliche Verteilung. Dabei liegt die Erreichbarkeit dieser Praxen mit dem PKW für 77 % der Bevölkerung durchschnittlich unter 15 Minuten. Der Richtwert der kassenärztlichen Bedarfsplanung liegt bei 30 Minuten und ist relativ großzügig bemessen. 99 % der Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} erreichen diesen Richtwert. Bei einem Richtwert von 20 Minuten sind es 90 % der Bevölkerung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat PKW-Minutenwerte definiert, innerhalb derer der überwiegende Teil der Einwohnerinnen und Einwohner einer Region verschiedene Arztgruppen erreichen können soll (vgl. G-BA 2019). Demnach sollte die allgemeine fachärztliche Versorgung in mindestens 30 Minuten für 99 % der Bevölkerung erreichbar sein. Dies ist für alle Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung der Gesundheitsregion^{plus} nahezu gegeben (vgl. Tabelle 3). Die ungünstigste Erreichbarkeit hat dabei die Urologie. In diesem Fachgebiet erreichen 97,5 % der Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} eine Praxis in 30 Minuten. Eine kartografische Darstellung differenziert nach Fachgebieten befindet sich im Anhang A.

Tabelle 3: Erreichbarkeit (Minuten PKW-Fahrzeit) der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach Fachgebieten in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg

Fachgebiet	Anteil der Bevölkerung (%)					
	5 Minuten	10 Minuten	15 Minuten	20 Minuten	30 Minuten	40 Minuten
Augenheilkunde	26,3	53,8	80,1	91,9	99,9	100,0
Chirurgie und Orthopädie	39,9	60,3	82,4	92,8	99,8	100,0
Dermatologie	19,2	43,2	68,8	88,5	98,8	100,0
Gynäkologie	37,3	66,6	78,1	89,6	98,8	100,0
HNO-Heilkunde	17,2	40,7	68,6	82,6	98,0	100,0
Nervenheilkunde	16,8	41,5	67,4	87,3	98,4	100,0
Pädiatrie	42,7	70,9	85,0	93,4	99,5	100,0
Psychotherapie	50,5	76,9	92,6	98,4	100,0	100,0
Urologie	20,5	46,6	69,9	86,1	97,9	100,0
Allgemeine fachärztliche Versorgung	30,1	55,6	77,0	90,1	99,0	100,0

Quelle: KVB 2021c, Berechnungen BASYS.

Die Erreichbarkeit der allgemeinen fachärztlichen Versorgung spielt sowohl für Standortentscheidungen als auch für die individuelle Lebenssituation der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Ferner gibt die mittlere Erreichbarkeit einen Hinweis auf die Qualität des Zugangs.

KVB 2021c; Berechnungen BASYS

Bewertung

Quelle

5.7 Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte

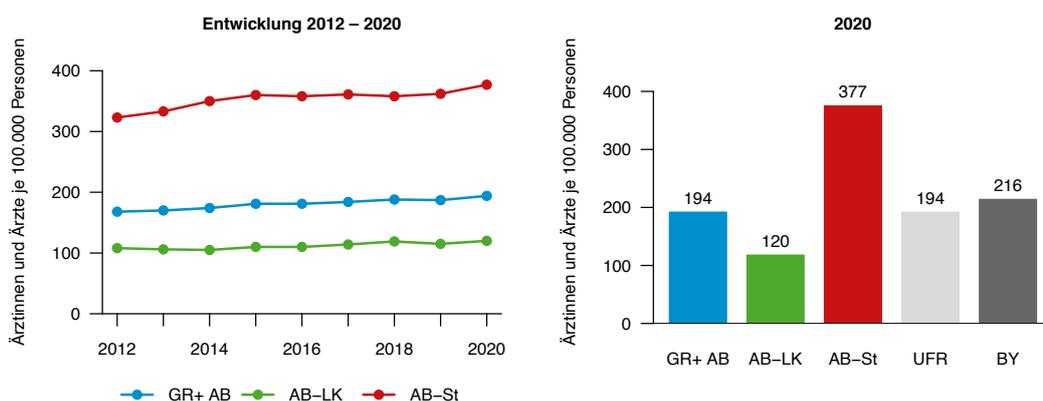
Definition

Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen je 100.000 Personen

Ziel

Dieser Indikator fasst alle ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zusammen und zeigt somit das Potenzial der ambulanten ärztlichen Versorgung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie ist ein Strukturindikator für den Versorgungszugang. Ein höherer Wert deutet auf eine bessere Versorgung hin, d. h. auf einen leichteren Zugang zur ambulanten Versorgung.

Abbildung 48: Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte



Ergebnis

Im Jahr 2020 waren insgesamt 477 Ärztinnen und Ärzte in der Gesundheitsregion^{plus} in der ambulanten Versorgung tätig. D. h. 194 Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen versorgten in der Gesundheitsregion^{plus} rein rechnerisch 100.000 Personen im Jahr 2020. Somit standen in der Gesundheitsregion^{plus} weniger Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung als im bayerischen Mittel (216). Auffällig sind dabei die Unterschiede zwischen Stadt und Landkreis Aschaffenburg. In der Stadt Aschaffenburg ist die Arztdichte mit 377 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern weitaus höher als im Landkreis. Dies hängt damit zusammen, dass die ärztlichen Praxen innerhalb der Stadt Aschaffenburg die Bevölkerung des Landkreises mitversorgen.

Die Entwicklung in der Gesundheitsregion^{plus} verläuft seit dem Jahr 2012 positiv. Im Jahr 2020 arbeiteten 26 Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Personen mehr in der ambulanten Versorgung als im Jahr 2012. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum an ambulant tätigen Medizinerinnen und Medizinerinnen von 1,8 %. In der Gesundheitsregion^{plus} nahm damit das ärztliche Versorgungsangebot stärker zu als in Bayern (1,0 %). Die Zahlen bedeuten, dass sich in der Gesundheitsregion^{plus} 515 Personen in der ambulanten Versorgung eine Ärztin bzw. einen Arzt teilen, in Bayern sind es im Vergleich 463 Personen.

Bewertung

Die Daten zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte dieses Indikators entstammen den Registern der Bayerischen Ärztekammer. Die Kennzahl erfasst, wer als ambulant bzw. in freier Praxis tätig registriert ist. Der Bezug auf die Wohnbevölkerung lässt außer Acht, dass Patientinnen und Patienten auch von ärztlichen Praxen einer angrenzenden Region versorgt werden können.

Zur weiteren fachlichen, räumlichen Aufgliederung der Versorgungsdichte zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung und zur Erreichbarkeit können die vorhergehenden Indikatoren zur haus- und fachärztlichen Versorgung verglichen werden. Für ärztliches Fachpersonal in stationären Einrichtungen liegt keine vergleichbare regionale Datenaufbereitung vor.

Quelle

LGL 2021a, Indikator 08.08

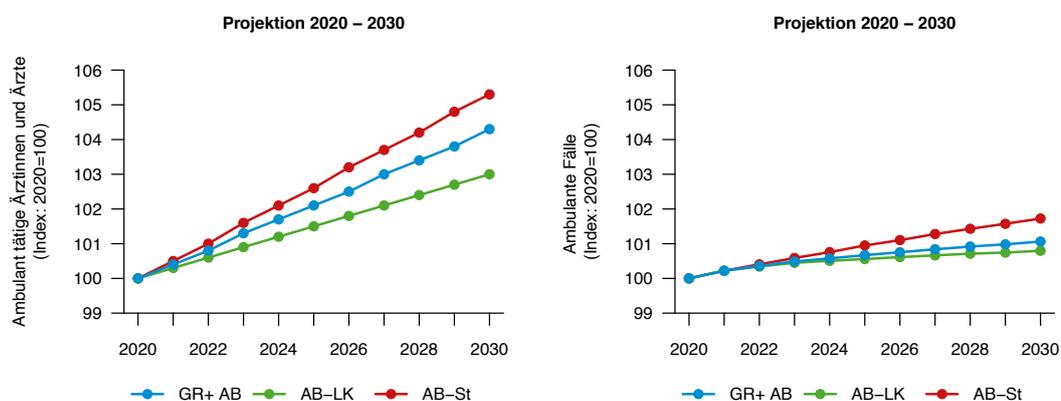
5.8 Bedarf ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte – Projektion

Zukünftig benötigte Anzahl an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten als Wachstumsrate im Vergleich zu 2020

Die Projektion zeigt den geschätzten zukünftigen ärztlichen Bedarf an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ausgangswert der Projektionen sind die Zahlen für 2020, die als Referenzwert mit dem Wert 100 gleichgesetzt werden. Ein Indexwert von 102 entspricht demnach einem Anstieg von 2 % gegenüber dem Ausgangswert. Diese Differenz zum Ausgangswert wird auch als Zusatzbedarf bezeichnet. D.h. der Zusatzbedarf ist die Zahl der ärztlichen Fachkräfte, die nötig ist, um eine aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen zusätzlich entstandene Nachfrage nach ärztlichen Leistungen (z. B. aufgrund der Überalterung der Bevölkerung und/oder neuer diagnostischer bzw. therapeutischer Möglichkeiten) zu befriedigen. Der Ersatzbedarf beschreibt den Bedarf durch ausscheidende bzw. nicht mehr praktizierende Personen.

Als Indikator für die Nachfrageentwicklung wird zusätzlich die prognostizierte Entwicklung der ambulanten ärztlichen Fälle bis 2030 abgebildet (rechte Grafik).

Abbildung 49: Zukünftiger Bedarf an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten und Projektion ärztlicher Fälle



Für die Gesundheitsregion^{plus} ist bis 2030 mit einem Zusatzbedarf an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten um ca. 4 % zu rechnen. Dieser Zusatzbedarf ist in der Stadt Aschaffenburg etwas höher als im Landkreis. Absolut gerechnet entspricht dieser Zusatzbedarf rund 20 Ärztinnen und Ärzten. Die Zahl der ambulanten ärztlichen Fälle wird von 1,69 Mio. im Jahr 2020 auf ca. 1,71 Mio. im Jahr 2030 steigen. Diese geringere Zunahme der Fälle im gleichen Zeitraum hängt allerdings in hohem Maße von der weiteren Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor ab (vgl. Indikator 5.13). Weitere wichtige Einflussfaktoren für den Anstieg des Bedarfs sind Änderungen in der Arbeitszeit und im Arbeitsverhalten.

Aus den Tabellen 1 und 2 kann der Anteil an Ärztinnen und Ärzten über 60 Jahre entnommen werden. Sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgung werden in Zukunft sehr viele Praxen neu zu besetzen sein. Deshalb ist in Zukunft weit stärker mit einem Anstieg des Ersatzbedarfs als des Zusatzbedarfs zu rechnen.

Basis der Projektion ist die Analyse der haus- und fachärztlichen Leistungsanspruchnahme und der Bevölkerungsentwicklung in der Gesundheitsregion^{plus}. Neben der Analyse der zukünftigen Nachfrage baut die Projektion des Versorgungs- und Arztbedarfs auf den Altersstrukturen in den ärztlichen Fachrichtungen auf. Nach der Projektionsmethode des Ageing Reports der Europäischen Kommission (European Commission 2021) hängt der zukünftige Zusatzbedarf vor allem von nicht-demografischen Faktoren ab, wie der medizinisch-technischen Entwicklung und der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen.

LGL 2021a, Indikator 08.08; Berechnungen BASYS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

5.9 Hebammen und Entbindungspfleger

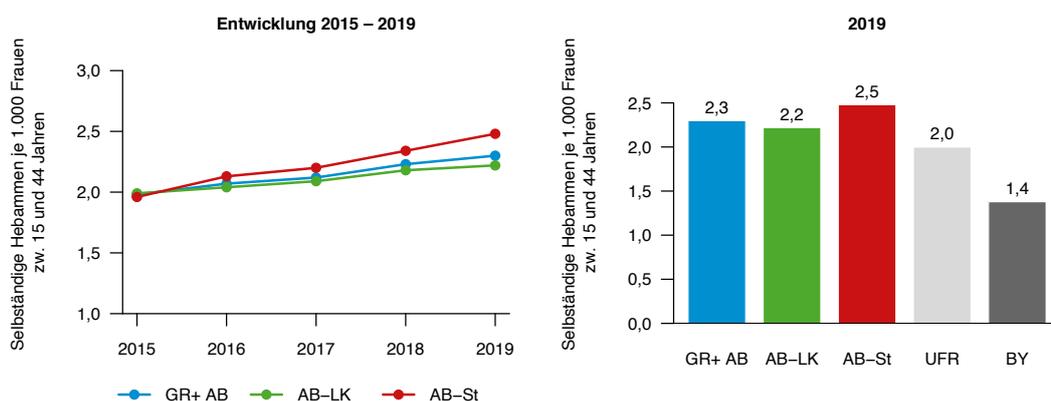
Definition

Selbstständig tätige Hebammen und Entbindungspfleger in ambulanten Einrichtungen je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren

Ziel

Die Betreuung werdender und junger Mütter durch Hebammen und Entbindungspfleger in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett ist seit jeher ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Abbildung 50: Hebammen und Entbindungspfleger



Ergebnis

Die Anzahl der selbstständig tätigen Hebammen und Entbindungspfleger je 1.000 Frauen zw. 15 und 44 Jahren übertrifft in der Gesundheitsregion^{plus} mit 2,3 im Jahr 2019 deutlich den bayerischen (1,4) und unterfränkischen Durchschnitt (2,0). In der Region gibt es ausschließlich Hebammen und keine Entbindungspfleger. Im Vergleich zum Jahr 2015 arbeiten im Jahr 2019 in der Gesundheitsregion^{plus} zwölf Hebammen mehr. Rechnerisch waren die 94 selbstständig tätigen Hebammen im Jahr 2019 durchschnittlich jeweils für 465 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren zuständig. In Bayern teilte sich eine selbstständige Hebamme bzw. Entbindungspfleger im Vergleich 770 Frauen dieser Altersgruppe.

Bewertung

Im Indikator werden voll- und teilzeitbeschäftigte Personen pro Kopf, ohne Anrechnung des Tätigkeitsumfangs, gezählt. Zur Gewährleistung einer Vergleichbarkeit zwischen den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten wird die Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger auf die fertile weibliche Bevölkerung zwischen 15 und 44 Jahren bezogen. Zur Beurteilung der regionalen Unterschiede ist es sinnvoll, zusätzlich die angestellten Hebammen und die Geburten heranzuziehen. Selbstständig tätige Hebammen und Entbindungspfleger sind verpflichtet, ihre Beschäftigung beim zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Versäumte Abmeldungen bzw. Doppelmeldungen können überhöhte Zahlen verursachen.

Quelle

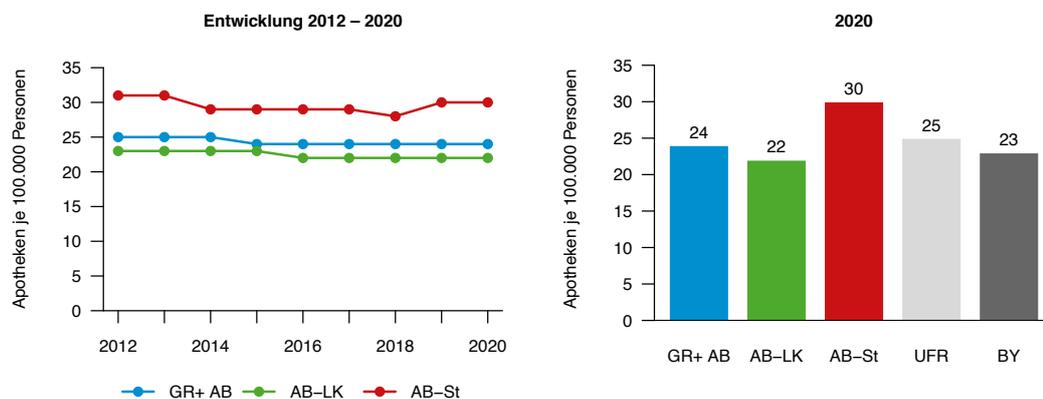
LGL 2021a, Indikator 08.22 A

5.10 Apothekendichte

Öffentliche Apotheken je 100.000 Personen

Der Indikator erfasst öffentliche Apotheken, die der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung dienen. Dies beinhaltet die Prüfung und Lagerung von Arzneimitteln, ihre Abgabe und die Beratung sowie Information von Patientinnen und Patienten, aber auch die Herstellung von Rezepturen.

Abbildung 51: Apothekendichte



Je 100.000 Personen standen im Jahr 2020 in der Gesundheitsregion^{plus} 24 Apotheken zur Verfügung und damit etwa genau so viel wie durchschnittlich in Bayern (23). Die Versorgungsdichte ist in der Stadt Aschaffenburg höher als im Landkreis und blieb in der Gesundheitsregion^{plus} über die letzten Jahre hinweg weitgehend konstant. Insgesamt gab es im Landkreis 38 und in der Stadt Aschaffenburg 21 öffentliche Apotheken. Eine Apotheke versorgte in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2020 durchschnittlich 4.167 Einwohnerinnen und Einwohner und damit etwas mehr Menschen als im Bezirk Unterfranken (4.081) und weniger als im bayerischen Durchschnitt (4.348). Gemessen an der Apothekendichte ist die Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} als gut zu bezeichnen.

Die verwendeten Daten sind Stichtagszahlen der Apothekerkammern, bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl zum 31.12. eines jeden Jahres. Der Betrieb einer Apotheke bedarf der Erlaubnis durch die zuständige Verwaltungsbehörde. Die Erlaubnis wird einer Apothekerin bzw. einem Apotheker erteilt.

LGL 2021a, Indikator 06.21

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

5.11 Krankenhausbetten

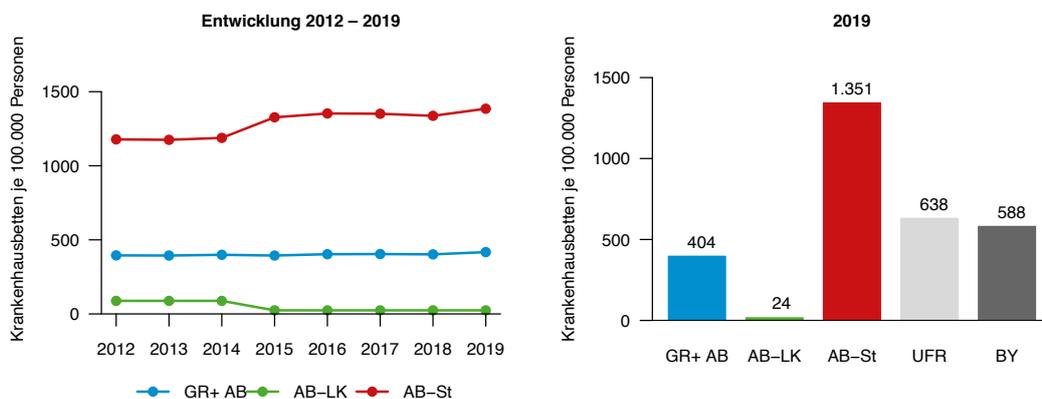
Definition

Krankenhausbetten je 100.000 Personen

Ziel

Dieser Indikator stellt die stationäre Versorgung durch Krankenhäuser dar, indem er die Anzahl der dort vorhandenen Betten bezogen auf die Bevölkerung aufzeigt. Für den Vergleich des Ausstattungsgrads der stationären Versorgung verschiedener Regionen gilt dieses Merkmal als Leitindikator.

Abbildung 52: Krankenhausbetten



Ergebnis

Seit 2012 hat die Anzahl der Krankenhausbetten in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg um 74 Betten zugenommen. Unter Berücksichtigung des Bevölkerungsanstiegs blieb damit rechnerisch die Zahl der verfügbaren Betten je 100.000 Personen nahezu konstant. Mit 404 Betten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt die Bettendichte der Gesundheitsregion^{plus} für das Jahr 2019 deutlich unter dem bayerischen Durchschnitt (588). Die hohe Bettendichte der Stadt im Vergleich zum Landkreis Aschaffenburg ergibt sich aus der Mitversorgungsfunktion für den Landkreis, was aus Sicht der Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung erforderlich ist.

Bewertung

Da das Klinikum Aschaffenburg-Alzenau ein Krankenhaus mit zwei Standorten ist, zählen die Betten des Standorts Alzenau in der Statistik zur Stadt Aschaffenburg. Für die Bewertung der Versorgungssituation der Gesundheitsregion^{plus} ist die Mitversorgung durch die umliegenden Kreise einzubeziehen. Aufgrund des hohen Spezialisierungsgrads der modernen Medizin können nicht alle Fachrichtungen vor Ort vorgehalten werden. Durch die Universitätsklinik Würzburg ist in Spezialgebieten eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung für die Bewohnerinnen und Bewohner des Regierungsbezirks Unterfranken gewährleistet.

Quelle

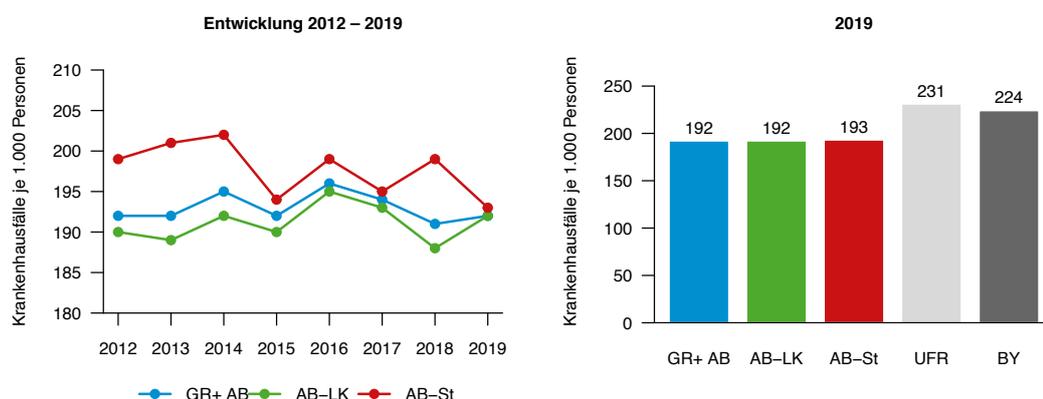
BayLfStat 2021a, Tabelle 23111-001r; Berechnungen BASYS

5.12 Krankenhausfälle

Vollstationär behandelte Kranke je 1.000 Personen

Die Krankenhausfälle berechnen sich aus der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen, stationär behandelt und im Berichtsjahr entlassen wurden. Dabei werden Stunden-, Sterbefälle und gesunde Neugeborene nicht in die Statistik einbezogen. Daten über stationäre Behandlungen ermöglichen eine Einschätzung, wie hoch der Anteil der stationären Versorgung am gesamten medizinischen Versorgungssystem ist und ob es im Zeitverlauf zu Veränderungen der stationären Morbidität kommt. Da gewöhnlich nur schwere Erkrankungen einen stationären Aufenthalt erfordern, lassen sich darüber auch Informationen über die Gesundheit der Bevölkerung ableiten. Ferner sind sie wichtige Strukturdaten für die Planung und Gestaltung der Krankenhausversorgung. Die Kennzahl basiert auf dem Wohnortprinzip.

Abbildung 53: Krankenhausfälle



Rund ein Fünftel der Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg nimmt jährlich Leistungen des Krankenhauses in Anspruch. Nach den Berechnungen des LGL ist die Leistungsanspruchnahme im Vergleich zu Unterfranken und Bayern unterdurchschnittlich. Insgesamt weist die Statistik für die Gesundheitsregion^{plus} 47.073 vollstationäre Krankenhausfälle für das Jahr 2019 aus. Bezogen auf die Bevölkerung zeigt sich im Jahr 2019 für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg eine nahezu gleich hohe Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen je 1.000 Personen: Landkreis (192) und Stadt (193). Die Zahl der Krankenhausfälle schwankt im Zeitverlauf zwischen den Jahren. Insgesamt ist für die Stadt Aschaffenburg ein Rückgang der Fälle im Vergleich zu 2012 zu erkennen, während sie im Landkreis Aschaffenburg leicht zunahmen.

Für die Beurteilung der stationären Versorgungslage der Gesundheitsregion^{plus} ist eine tiefergehende Analyse nach Fachgebieten und Diagnosen erforderlich. Änderungen in der Häufigkeit von Krankenhausfällen hängen u.a. von der Verfügbarkeit von Fachkapazitäten, den Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Versorgung und ihrer Vergütung ab. Sie können nicht zwangsläufig auf eine Veränderung der Morbidität zurückgeführt werden.

LGL 2021a, Indikator 03.27

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

5.13 Krankenhausfälle Projektion

Definition

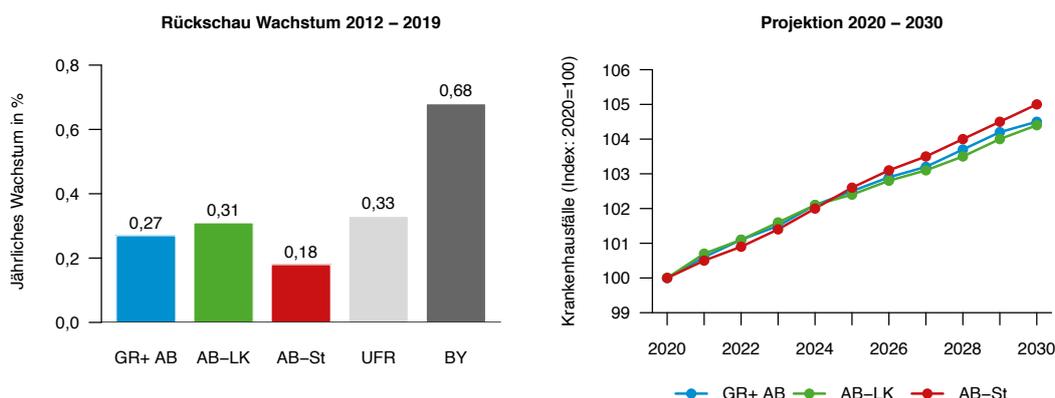
Zukünftig erwartete vollstationär behandelte Kranke bis zum Jahr 2030

Ziel

Für die Planung der zukünftigen Krankenhauskapazitäten und Vorhaltung von Krankenhausbetten ist die Projektion der Nachfrage nach stationären Behandlungen erforderlich. Der Indikator schreibt die vergangene Entwicklung der Krankenhausfälle unter Berücksichtigung der demografischen und medizinisch-technischen Entwicklung für die Zukunft fort.

Ausgangswert der Projektion sind die Zahlen für 2019, die als Referenzwert mit dem Wert 100 gleichgesetzt werden. Ein Indexwert von 104 entspricht demnach einem Anstieg von 4 % gegenüber dem Ausgangswert.

Abbildung 54: Krankenhausfälle Rückschau und Projektion



Ergebnis

Als Folge der steigenden Lebenserwartung und zunehmenden Morbidität im Alter ist auch in Zukunft in der Gesundheitsregion^{plus} mit einem Anstieg der stationären Krankenhausleistungen zu rechnen. Insgesamt wird als Folge der demografischen Veränderungen für die Gesundheitsregion^{plus} mit einem Wachstum der vollstationären Krankenhausfälle von 4,5 % bis zum Jahr 2030 gerechnet. Das geschätzte jährliche Wachstum liegt insgesamt mit rund 0,45 % etwas über den durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten des Zeitraums 2012 – 2019 (0,27 %).

Bewertung

Die Alterung der Bevölkerung, neue Behandlungsmöglichkeiten und die Inanspruchnahme der Notfallversorgung führen tendenziell zu einem steigenden Behandlungsbedarf an Krankenhausleistungen. Weitere Verweildauerkürzungen werden andererseits zur Entlastung der Bettenkapazitäten durch den medizinisch-technischen Fortschritt erwartet. Vielfältige organisatorische und strukturelle Anpassungen sind deshalb weiterhin notwendig. Durch den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen und präventiver Angebote kann die Anzahl der stationären Krankenhausfälle reduziert werden. Für die Bewertung der stationären Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} ist allerdings eine tiefergehende Analyse nach Fachgebieten und Diagnosen in der spezialisierten ambulanten und stationären Versorgung im Bezirk Unterfranken wünschenswert.

Quelle

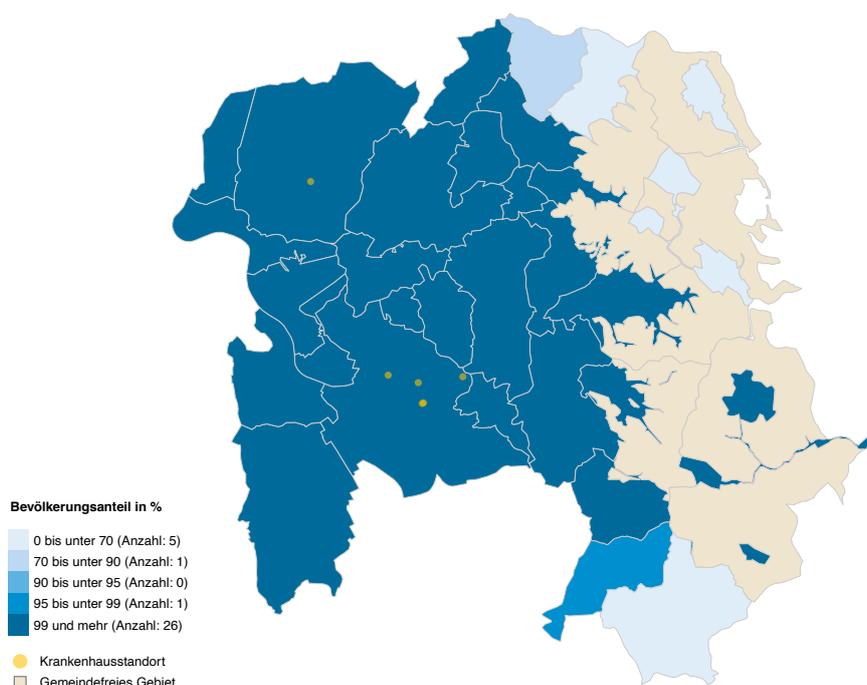
LGL 2021a, Indikator 03.27; Berechnungen BASYS

5.14 Erreichbarkeit Krankenhaus

Anteil der Bevölkerung, der ein Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit mittels privatem PKW erreichen kann

Der Indikator beschreibt die Erreichbarkeit eines Krankenhauses. Dabei werden alle Krankenhäuser einbezogen, die Leistungen der Grundversorgung anbieten. Vorsorge- und Rehakliniken sowie Spezialkrankenhäuser werden nicht berücksichtigt.

Abbildung 55: Erreichbarkeit eines Krankenhauses bei 30 Minuten Fahrzeit



Die Erreichbarkeit eines Krankenhauses mit Abteilungen der Grundversorgung ist in der Gesundheitsregion^{plus} innerhalb von 30 Minuten für 97,5 % der Bevölkerung möglich. In fünf Gemeinden erreichen mehr als 30 % der Bevölkerung kein Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten. Innerhalb von 40 Minuten ist es für die ganze Bevölkerung der Gesundheitsregion^{plus} möglich. Die Erreichbarkeit eines Krankenhauses in der Gesundheitsregion^{plus} ist damit als gut einzustufen.

Die Erreichbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens spielt sowohl für Standortentscheidungen als auch für die individuelle Lebenssituation der Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Rolle. Ferner gibt die Erreichbarkeit eines Krankenhauses einen Hinweis auf den Zugang zur stationären Versorgung. Gemäß den Richtlinien des G-BA und Leitlinien für medizinische Notfallversorgung sollten Kliniken der Grund- und Regelversorgung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein. Für Schwerpunkt- und Maximalversorger liegt der Schwellenwert bei etwa 60 PKW-Minuten (vgl. G-BA 2020).

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2021a; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2018; Berechnungen BASYS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

5.15 Rehabilitationsleistungen

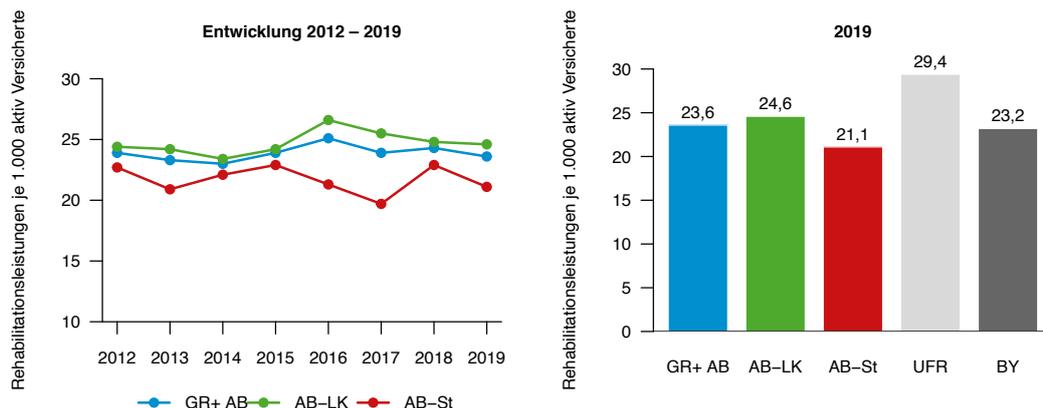
Definition

Leistungen zur Rehabilitation je 1.000 gesetzlich rentenversicherte Personen

Ziel

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung. Ihr Ziel ist es, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder mindern. Gleichzeitig soll sie einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung einer Person entgegenwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit heilen, ihre Verschlimmerung verhüten und Krankheitsbeschwerden lindern. Darüber hinaus hat sie im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zum Ziel, den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern.

Abbildung 56: Rehabilitationsleistungen



Ergebnis

Die Zahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt in der Gesundheitsregion^{plus} im Jahr 2019 mit 23,6 etwa gleich hoch wie im Bayerndurchschnitt (23,2), aber deutlich unter dem Wert Unterfrankens (29,4). Innerhalb der Gesundheitsregion^{plus} ist dieser Wert im Landkreis mit 24,6 höher als in der Stadt Aschaffenburg mit 21,1. Dabei hat sich die Rate im Zeitverlauf im Landkreis Aschaffenburg erhöht, wohingegen sie in der Stadt leicht rückläufig ist. Im letzten Berichtszeitraum ist die Quote in beiden Gebietskörperschaften zuletzt gesunken.

Bewertung

Im vorliegenden Indikator werden nur die Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung dargestellt, die ca. 55 % aller Rehabilitationsleistungen erfassen. Die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen sich nur auf aktiv Versicherte, d. h. alle Altersgruppen, ohne Kinderheilbehandlungen und Personen ohne Altersangabe. Nahezu die Hälfte aller Rehabilitationsleistungen fallen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, deren Inanspruchnahme mit dem Alter deutlich steigt. Arbeitsplatzbezogene Präventions- und Rehabilitationsangebote haben deshalb in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung eine wichtige Funktion der Gesundheitssicherung.

Quelle

LGL 2021a, Indikator 03.36

ICH TU'S FÜR DIE FITNESS- STUDIOS.

Ottfried Fischer,
Kabarettist



Jetzt Impftermin
vereinbaren!

IMPFFEN GEHEN. Für dich. Für mich. Für alle.

Danke, dass auch du dabei bist. Denn nur so schaffen wir die ersehnte Rückkehr zur Normalität. Gemeinsam sind wir stärker als das Virus. Lass dich deshalb jetzt direkt in der Praxis deiner Hausärztin oder deines Hausarztes impfen.



Alle Infos auf:
www.ichtusfuer.bayern.de



www.impfen-ab.de

Zusammen
gegen Corona

#ÄRMELHOCH
FÜR DIE IMPFUNG



Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege

6 Pflegerische Versorgung

Pflege stellt ein unerlässliches Element der gesundheitlichen Versorgung und sozialen Absicherung dar. Sie gilt als eigenständiger Sektor im Bereich des Gesundheitswesens und stellt daher auch ein Handlungsfeld der Gesundheitsregion^{plus} dar. Die Langzeitpflege wird durch ein gestuftes Versorgungssystem sichergestellt, in welchem, wie in anderen Teilen Bayerns, die Versorgung durch Angehörige eine zentrale Rolle einnimmt. Bei Pflegebedürftigen in höheren Schweregraden wird diese allerdings zunehmend von Pflegediensten und Pflegeheimen übernommen. Insgesamt präsentiert das Kapitel pflegerische Versorgung für die Gesundheitsregion^{plus} 14 Merkmale zur Pflegebedürftigkeit und zur ambulanten sowie stationären Pflegeversorgung. Aufgrund des viel größeren Pflegerisikos im höheren Alter beziehen sich diese Indikatoren in der Regel auf die 65-Jährigen und Älteren. Darüber hinaus beinhaltet dieser Abschnitt auch Indikatoren zur Hospiz- und Palliativversorgung. Nachfolgend wird das Kapitel kurz in den wesentlichen Punkten darlegt.

Die Pflegebedürftigkeit in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg liegt alters- und geschlechtsstandardisiert leicht über dem bayerischen Durchschnitt. Knapp jede fünfte Person über 65 Jahren ist in der Gesundheitsregion^{plus} pflegebedürftig. In der Stadt Aschaffenburg ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung (65 Jahre und älter) mit 22,6 % höher als im Landkreis Aschaffenburg (18,9 %). Je höher der Pflegegrad, desto mehr Hilfe ist nötig und desto wahrscheinlicher wird die Pflege durch ambulante oder stationäre Dienste übernommen. Ein erhöhter Pflegebedarf geht außerdem in höheren Altersgruppen häufig mit einer Demenzerkrankung einher, weshalb Betroffene häufiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen als im häuslichen Umfeld mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste leben. Knapp jeder sechste über 80-Jährige ist in der Gesundheitsregion^{plus} an Demenz erkrankt.

Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen wird in der Gesundheitsregion^{plus} durch Angehörige oder sonstige Personen versorgt. In Bayern und Unterfranken ist der Anteil der ambulant und stationär betreuten Pflegebedürftigen dagegen deutlich höher. Im Stadt-Landkreis-Vergleich fällt auf, dass in der Stadt Aschaffenburg der Anteil der durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen höher ist als im Landkreis, in dem im Gegensatz dazu häufiger durch Angehörige oder sonstige Personen gepflegt wird. Eine mögliche Erklärung ist die unterschiedlich hohe Konzentration an ambulanten und stationären Einrichtungen und das unterschiedliche Pflegepotential durch Angehörige.

In der Langzeitpflege wird die Entwicklung der letzten Jahre durch eine deutliche Ausweitung der Zahl der leistungsempfangenden Personen durch verschiedene Pflegereformgesetze (z. B. Pflegestärkungsgesetze I bis III u. a. mit der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade) und einer intendierten Stärkung der häuslichen und ambulanten Versorgung geprägt. Während dies bei der Tagespflege zu einem häufig dynamischen Ausbau der Tagespflegeplätze und -nutzung führte, verschärfte sich die Versorgungslage bei der Kurzzeitpflege. Aufgrund einer demografisch begründeten, weitgehend entspannten Versorgungslage im vollstationären Bereich im ersten und am Anfang des zweiten Jahrzehnts dieses Jahrhunderts wurde die Versorgung mit Kurzzeitpflegeangeboten häufig über „eingestreute Kurzzeitpflegeplätze“ organisiert. Auch in der Gesundheitsregion^{plus} wurde der Bereich der Tagespflegeplätze stark ausgebaut, während die Zahl der Pflegebetten und Kurzzeitpflegeplätze in der Gesundheitsregion^{plus} stagnierte bzw. leicht zurückging. Die Entwicklung innerhalb der Gesundheitsregion^{plus} variiert dabei stark.

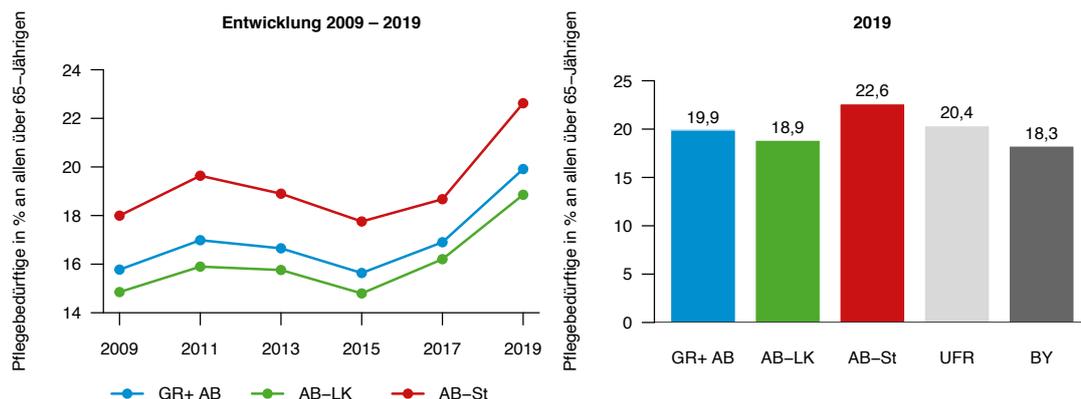
Durch den demografischen Wandel steht die Gesundheitsregion^{plus} vor großen Herausforderungen, die pflegerische Versorgung zu sichern. Die zukünftige Entwicklung wird nicht nur durch die starke Zunahme von Hochbetagten auf der Nachfrageseite, sondern auch durch den Fachkräftemangel auf der Angebotsseite geprägt sein. Aufgrund der steigenden Zahl der Pflegebedürftigen und dem sinkenden Potential der pflegenden Angehörigen, wird zukünftig der Bedarf an professioneller Pflege durch ambulante und stationäre Dienste steigen.

6.1 Pflegebedürftigkeit

Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung (65 Jahre und älter) in Prozent

Als pflegebedürftig gelten hierbei alle Personen, die aufgrund der Entscheidung der Pflegekasse bzw. privater Versicherungsunternehmen einen Pflegegrad (einschließlich Härtefälle) haben. Die Abgrenzung der Pflegebedürftigen erfolgt nach der Pflegestatistik. Der Bezug erfolgt auf die Wohnbevölkerung (65 Jahre und älter) mit Stichtagsdaten zum 31.12. eines Jahres. Der Anteil der Pflegebedürftigen unter 65 Jahren an der Bevölkerung in Bayern liegt in allen Altersgruppen unter 65 Jahren bei unter 2 %. Er steigt mit dem Alter.

Abbildung 57: Pflegebedürftigkeit



Im Jahr 2019 war knapp jede fünfte über 65-jährige Person in der Gesundheitsregion^{plus} pflegebedürftig (19,9 %). Damit waren rund 9 % mehr pflegebedürftig als im bayerischen Durchschnitt (18,3 %) und 2 % weniger als im unterfränkischen (20,4 %).

Die Quote der Leistungsempfängerinnen und -empfänger ist innerhalb der Gesundheitsregion^{plus} deutlich unterschiedlich. In der Stadt Aschaffenburg ist der Anteil der Pflegebedürftigen über 65 Jahre (22,6 %) höher als im Landkreis Aschaffenburg (18,9 %).

Im Zeitraum 2015 bis 2019 war das Wachstum vor allem durch die Leistungsverbesserungen und -ausweitung der Pflegestärkungsgesetze geprägt.

Pflegebedürftigkeit bezeichnet einen Zustand, in dem ein Mensch dauerhaft nicht in der Lage ist, alltäglichen Aktivitäten und Verrichtungen selbstständig nachzugehen. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen spiegelt somit wider, wie viele Menschen aufgrund einer Krankheit oder Behinderung Hilfe zur Bewältigung der daraus resultierenden Defizite benötigen. Der Indikator gibt Auskunft über die Nachfrage nach pflegerischer Versorgung. Über die Leistungsarten wird dabei die Ausgestaltung der benötigten Versorgung abgebildet. Datengrundlage ist die seit 1999 zweijährlich durchgeführte Pflegestatistik. Aktuell stehen die Daten bis zum Jahr 2019 zur Verfügung. Die Daten für das Erhebungsjahr 2021 werden Ende 2022 erwartet.

BayLfStat 2022, Tabelle 12411-007s; BayLfStat Pflegestatistik 2019 verschiedene Jahrgänge; Standardisierte Pflegewahrscheinlichkeiten; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

6.2 Schwere der Pflegebedürftigkeit

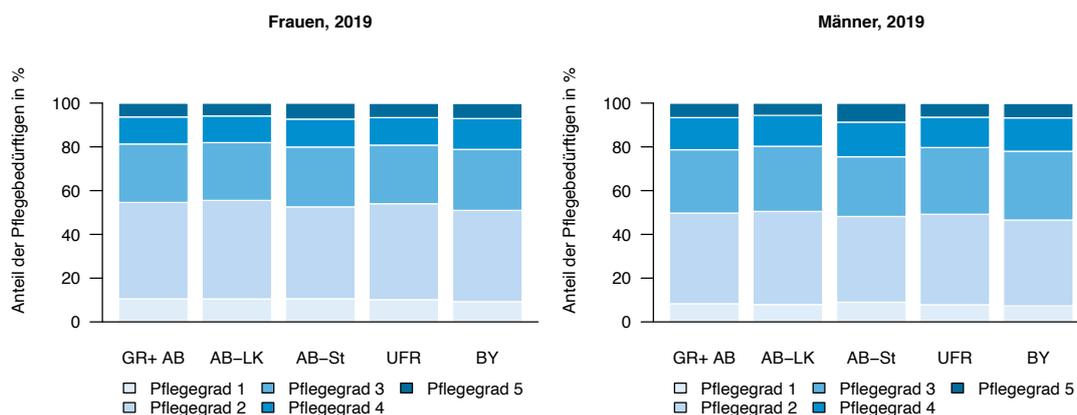
Definition

Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden und Geschlecht in Prozent

Ziel

Seit dem Jahr 2017 wird die Schwere der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegraden gemessen und die Leistungsberechtigten werden entsprechend eingestuft. Neu bzw. stärker berücksichtigt werden dabei auch demenzielle Erkrankungen. Liegen diese vor, erhöht sich die Pflegebedürftigkeit um jeweils ein Grad. Die Abgrenzung der Pflegebedürftigen erfolgt nach der Pflegestatistik.

Abbildung 58: Anteil der Pflegebedürftigen nach Pflegegraden und Geschlecht



Ergebnis

Insgesamt sind die Verteilungen der Pflegegrade sowohl nach Geschlecht als auch nach Gebieten weitgehend ähnlich. Rund 40 % der Pflegebedürftigen sind in Pflegegrad 2 eingestuft. Mit steigendem Pflegegrad sinkt die Anzahl der Personen, die ihm zugeordnet sind. In der Stadt Aschaffenburg ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 und 4 geringfügig höher als im Landkreis Aschaffenburg. Eine mögliche Ursache hierfür ist die höhere Dichte an stationären Pflegeeinrichtungen in der Stadt, da Bewohner in stationären Einrichtungen häufiger in höheren Pflegegraden eingestuft sind.

Bewertung

Über die Pflegegrade wird u. a. die Intensität der benötigten Versorgung abgebildet. Aufgrund der vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen, die in Pflegegrad 1 vorliegen, werden für diesen Personenkreis noch keine ambulanten Sachleistungen durch Pflegedienste oder Pflegegeld vorgesehen. Die Leistungen bei Pflegegrad 1 konzentrieren sich darauf, die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen möglichst lange zu erhalten und ihnen den Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Quelle

BayLfStat 2022, Pflegestatistik 2019

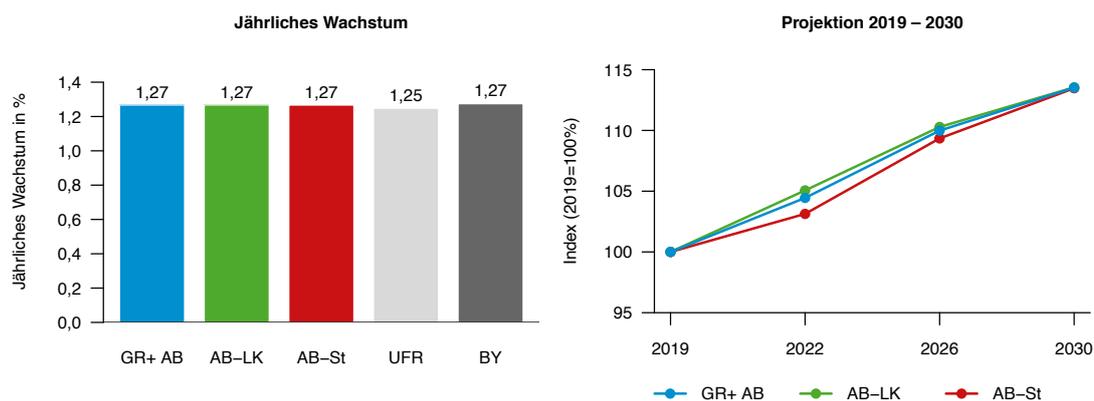
6.3 Pflegebedürftigkeit Projektion

Zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030

Der Indikator gibt Auskunft über die erwartete Zahl an Pflegebedürftigen (Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger der Pflegeversicherung) ungeachtet der einzelnen Versorgungsform (informelle, formelle Pflege). Die Abgrenzung der Pflegebedürftigen erfolgt nach der Pflegestatistik.

Ausgangswert der Projektion sind die Zahlen für 2019, die als Referenzwert mit dem Wert 100 gleichgesetzt werden. Ein Indexwert von 110 entspricht demnach einem Anstieg von 10 % gegenüber dem Ausgangswert.

Abbildung 59: Pflegebedürftigkeit Projektion



Die Pflegebedürftigkeit in der Gesundheitsregion^{plus} wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung in den nächsten Jahren stark steigen. Das prognostizierte jährliche Wachstum ist etwa gleich hoch wie im Durchschnitt Unterfrankens und Bayerns (1,27 %). Im Jahr 2030 wird die Zahl der Pflegebedürftigen in der Gesundheitsregion^{plus} knapp 12.000 Personen erreichen, im Vergleich zu 10.500 Ende 2019. Es müssen somit rund 13,5 % mehr Menschen pflegerisch versorgt werden.

Es wird zudem ein überdurchschnittlicher Anstieg der Nachfrage im stationären Bereich erwartet. Ursache hierfür ist der mit dem Alter steigende Anteil der stationären Versorgung gegenüber der häuslichen Versorgung.

Die Projektion der Pflegebedürftigen basiert auf den Pflegequoten des Jahres 2019 und berücksichtigt die demografischen Änderungen im Prognosezeitraum. Der Bedarf an Pflegeleistungen hängt neben der Zunahme der älteren Menschen vom jeweiligen Pflegegrad ab.

BayLfStat 2022, Tabelle 12421-004r; Sonderauswertung der Bevölkerungsvorausberechnung 2020 – 2040, 2022; Pflegeprognose SAGS 2022

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

6.4 Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger

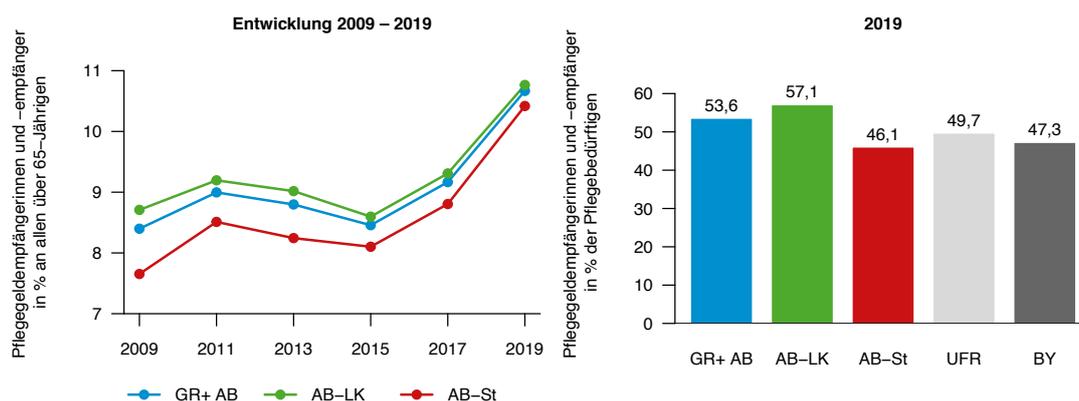
Definition

Anteil von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern an den 65-Jährigen und Älteren und an allen Pflegebedürftigen in Prozent

Ziel

Wird eine pflegebedürftige Person zu Hause von Angehörigen, Bekannten oder Freunden gepflegt, so gewähren gesetzliche und private Pflegekassen Anspruch auf Pflegegeld. Die Höhe des Pflegegelds errechnet sich aus dem jeweiligen Pflegegrad, welcher der betroffenen Person zugewiesen ist. Der Indikator gibt Auskunft über die Absicherung der Pflege zu Hause durch Pflegegeld.

Abbildung 60: Anteil der Pflegegeldempfangenden



Ergebnis

In den Jahren von 2009 bis 2019 stieg der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger je 100 über 65-Jährige in der Gesundheitsregion^{plus} um 27 %. Durch die Pflegestärkungsgesetze I bis III kam es dabei generell zu einer Leistungsausweitung beim Pflegegeldbezug. Der Anstieg ist geringer als in Bayern (50 %).

Das rechte Diagramm zeigt, dass rund jeder zweite Pflegebedürftige in der Gesundheitsregion^{plus} zu Hause versorgt wird (53,6 %). Der Anteil ist damit um 13,3 % höher als der bayerische Durchschnitt (47,3 %). Dabei ist anzumerken, dass der Anteil der Personen, die Pflegegeld erhalten, im Landkreis Aschaffenburg (57,1 %) deutlich höher als in der Stadt Aschaffenburg (46,1 %) ist. D. h. im Landkreis werden anteilig mehr Pflegebedürftige von Angehörigen oder anderen Personen gepflegt.

Bewertung

Die Kennzahl gibt Auskunft über den Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger (gemessen an der älteren Bevölkerung), welche ausschließlich zuhause von Angehörigen oder von anderen Personen versorgt werden. Ferner gibt er Auskunft über den Anteil der Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug. Personen, die zusätzlich zum Pflegegeld von ambulanten Pflegeeinrichtungen versorgt werden, zählen zum Bereich der ambulant betreuten Pflegebedürftigen und werden hier nicht als Pflegegeldempfangende gezählt (vgl. Indikator 6.6). Die Summe beider Indikatoren gibt somit den Anteil der zuhause Gepflegten an. Dabei zeigt sich z. B., dass in der Gesundheitsregion^{plus} 75,3 % (= 53,6 % + 21,7 %) der Pflegebedürftigen zuhause versorgt werden, in Bayern vergleichsweise 71,2 % (= 47,3 % + 23,9 %).

Quelle

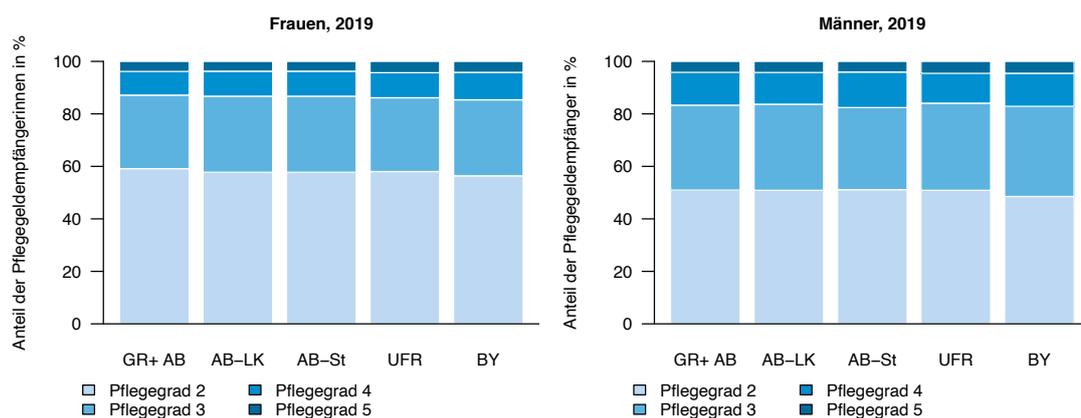
BayLfStat 2022, Pflegestatistik 2019, verschiedene Jahrgänge; Berechnungen SAGS

6.5 Schwere der Pflegebedürftigkeit von Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern

Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger nach Pflegegraden und Geschlecht in Prozent

Der Indikator gibt Auskunft über die Verteilung der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger auf die einzelnen Pflegegrade. Personen, die Pflegegeld erhalten, werden ausschließlich von Angehörigen oder von anderen Personen versorgt. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit bemisst sich nach den fünf Pflegegraden des Sozialgesetzbuchs XI. Mit dem Pflegegrad 1 sind keine Leistungen im Rahmen der Pflegegeldzahlungen vorgesehen.

Abbildung 61: Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger nach Pflegegraden und Geschlecht



Wie bei allen Pflegebedürftigen zusammen betrachtet, sind die Verteilungen zwischen den Geschlechtern und den Gebieten weitgehend ähnlich. Mehr als 50 % der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger sind in Pflegegrad 2 eingestuft. Mit steigendem Pflegegrad sinkt die Anzahl der Personen, die ihm zugeordnet sind. Im Geschlechtervergleich ist ein etwas höherer Anteil von Pflegegrad 3 und 4 bei den Männern zu verzeichnen. Bei hohen Pflegegraden ist die häusliche Pflege oftmals nicht mehr möglich, weshalb der Anteil der höheren Pflegegrade in der Statistik für die ambulante und stationäre Pflege größer ist.

Personen, die Kombinationsleistungen erhalten, werden zusätzlich von ambulanten Pflegeeinrichtungen versorgt und zählen zum Bereich der ambulant Versorgten.

BayLfStat 2022, Tabelle 22400-019s; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

6.6 Ambulant betreute Pflegebedürftige

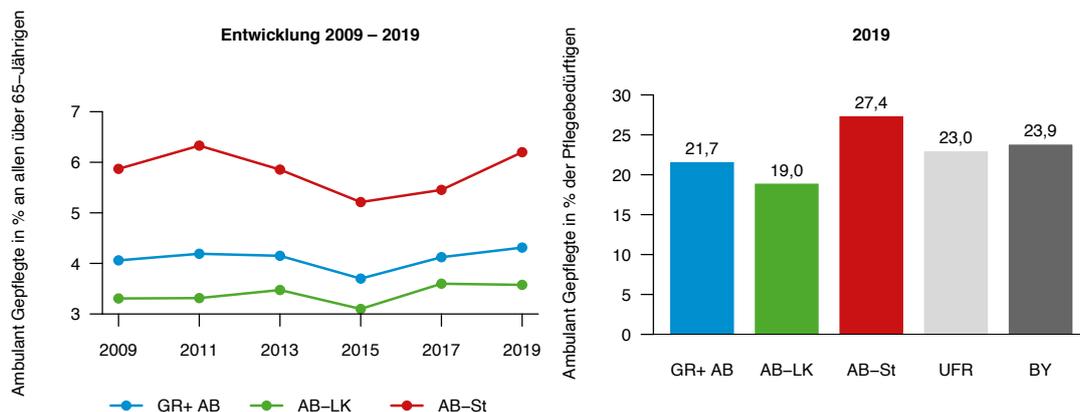
Definition

Anteil der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreut werden in Prozent der 65-Jährigen und Älteren und an allen Pflegebedürftigen

Ziel

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.

Abbildung 62: Ambulant betreute Pflegebedürftige



Ergebnis

Der Anteil der von ambulanten Pflegediensten Versorgten je 100 über 65-Jährige ist in der Gesundheitsregion^{plus} in den Jahren 2009 – 2019 um 6 % gestiegen. Dieser prozentuale Anstieg ist im Vergleich zu Bayern mit einem Anstieg von 46 % deutlich geringer.

Rechtes Diagramm: Mit einem Anteil von 21,7 % häuslich versorgter Pflegebedürftiger an allen Pflegebedürftigen wird weder der bayerische Durchschnitt von 23,9 % noch der unterfränkische Durchschnitt von 23,0 % erreicht. Die Stadt Aschaffenburg liegt hier im Vergleich mit 27,4 % deutlich höher. In der Stadt Aschaffenburg ist der Anteil der durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen höher als im Landkreis, in dem im Gegensatz dazu häufiger durch Angehörige oder sonstige Personen gepflegt wird (vgl. Indikator 6.4).

Bewertung

Der Indikator gibt Auskunft über den Anteil der Pflegebedürftigen und über 65-jährigen, die durch ambulante Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Einbezogen sind auch Pflegebedürftige, die Kombinationsleistungen empfangen, d. h. Pflegegeld beziehen und zusätzlich eine ambulante Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen.

Quelle

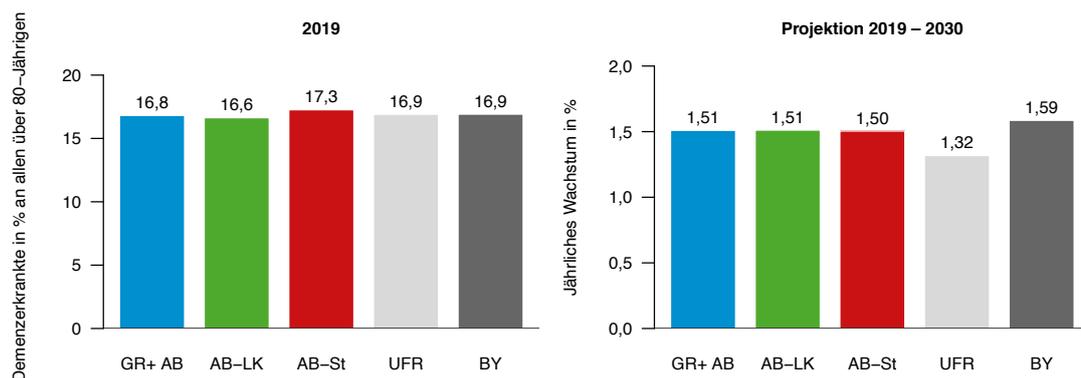
BayLfStat 2022, Pflegestatistik 2019, verschiedene Jahrgänge; Berechnungen SAGS

6.7 Demenz

Anteil der über 80-Jährigen, die an Demenz (ICD-10: F00-F03) erkrankt sind in Prozent

Demenz bzw. demenzielles Syndrom wird definiert als Folge einer chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns, die eine Reihe von schwerwiegenden Folgen hat. Die Patientin bzw. der Patient verliert Schritt für Schritt seine geistigen und intellektuellen Fähigkeiten. Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und praktisches Geschick verschlechtern sich kontinuierlich. Die Prävalenz demenzieller Erkrankungen steigt mit dem Alter. Frauen erkranken bei gleichem Alter häufiger als Männer. In der Altersgruppe 90 und älter ist ungefähr jede dritte Frau und jeder vierte Mann demenziell erkrankt.

Abbildung 63: Anteil der über 80-Jährigen mit Demenz



Ungefähr jeder sechste über 80-Jährige in der Gesundheitsregion^{plus} ist an Demenz erkrankt. In der Stadt Aschaffenburg liegt der Anteil der Demenzerkrankten im Jahr 2019 höher (17,3 %) als im Landkreis Aschaffenburg (16,6 %).

Die Zahl der Demenzerkrankten wird in der Gesundheitsregion^{plus} gemäß der Projektion bis zum Jahr 2030 jährlich um ca. 1,51 % steigen. Ursache hierfür ist der erwartete Anstieg der Altersgruppe der über 80-Jährigen und die steigende Lebenserwartung. Das errechnete jährliche Wachstum ist damit deutlich höher als in Unterfranken (1,32 %), aber geringer als in Bayern (1,59 %).

Die dargestellten Prävalenzen sind das Ergebnis einer Schätzung aus alters- und geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeiten, an Demenz zu erkranken. Da die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit zunehmendem Alter steigt und mit einem darüberhinausgehenden Pflegebedarf einhergeht, leben demenziell Erkrankte generell häufiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen als im häuslichen Umfeld mit Versorgung durch ambulante Pflegedienste.

Ziegler und Doblhammer 2009; BayLfStat 2022, Sonderauswertung der Bevölkerungsvorausberechnung 2020 – 2040, 2022; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

6.8 Schwere der Pflegebedürftigkeit von ambulant betreuten Pflegebedürftigen

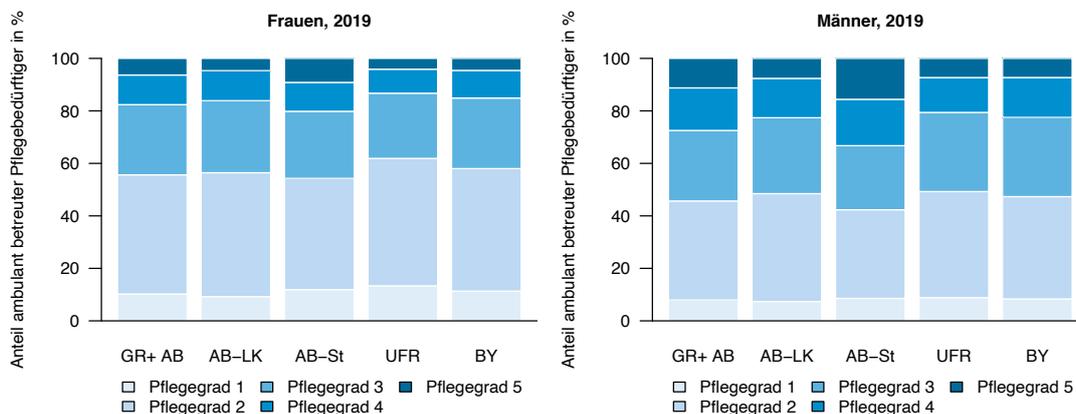
Definition

Anteil der ambulant betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Geschlecht in Prozent

Ziel

Der Indikator gibt Auskunft über den Anteil von Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegeeinrichtungen betreut werden und über die Verteilung der Pflegebedürftigen nach den fünf Graden der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) des Sozialgesetzbuchs XI.

Abbildung 64: Anteil der ambulant betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Geschlecht



Ergebnis

Vergleicht man die Verteilung der Pflegegrade im ambulanten Bereich in der Gesundheitsregion^{plus} mit der Unterfrankens und Bayerns, so fällt der hohe Anteil des Pflegegrades 5 auf. Dieser hohe Anteil entsteht durch den außerordentlich hohen Wert der Stadt Aschaffenburg, insbesondere bei den Männern. Rund 17 % der ambulant betreuten pflegebedürftigen Männer sind hier in Pflegegrad 5 eingeteilt. Eine mögliche Erklärung ist, dass es in der Stadt Aschaffenburg eine hohe Konzentration ambulanter Pflegedienste (auch im bayerischen Vergleich) gibt. Dadurch ist es schwer pflegebedürftigen in der Stadt Aschaffenburg deutlich länger möglich, mithilfe ambulanter Pflege zu Hause zu wohnen, bevor sie in die stationäre Pflege wechseln müssen.

In allen Regionen ist der Anteil der schwer pflegebedürftigen Männer wesentlich höher als bei den Frauen. Hierfür könnte die tatkräftige Unterstützung der Ehefrauen eine Erklärung sein, die den Umzug in eine stationäre Einrichtung oftmals verzögert oder vermeidet.

Bewertung

Die überwiegende Zahl von Pflegebedürftigen wird von Angehörigen betreut. Die Pflegegrade sind dabei tendenziell niedriger als in der stationären Pflege. Für die Betreuung zuhause ist deshalb auch der Indikator „Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger an allen Pflegebedürftigen“ zu beachten.

Quelle

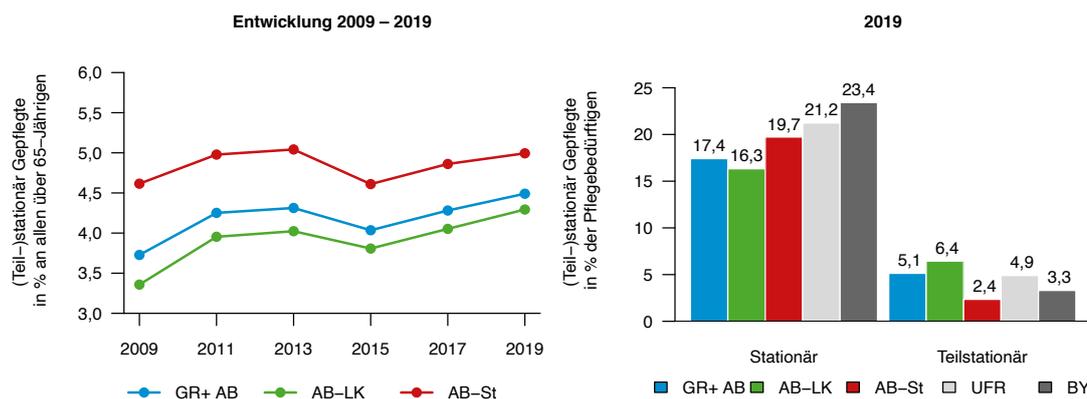
BayLfStat 2022, Tabelle 22400-019s; Berechnungen SAGS

6.9 Stationär betreute Pflegebedürftige

Anteil der in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen in Prozent der 65-Jährigen und Älteren und an allen Pflegebedürftigen in Prozent

Dieser Indikator beschreibt die Entwicklung der Zahl der teil- und vollstationär Gepflegten je 100 65-Jährige und Ältere sowie den Anteil der in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen Betreuten an allen Pflegebedürftigen. Die verwendeten Daten basieren auf der Zahl der Leistungsempfangenden der Pflegeversicherungsstatistik.

Abbildung 65: Stationär und teilstationär betreute Pflegebedürftige



Der Anteil der teil- und vollstationär Gepflegten je 100 über 65-Jährige ist in der Gesundheitsregion^{plus} seit dem Jahr 2009 um 22 % gestiegen. Durch das Pflegestärkungsgesetz I bis III wurde ab 2015 besonders der Bereich der teilstationären Tagespflege sehr stark ausgebaut. Bei den vollstationär Dauergepflegten nahm dabei in der Gesundheitsregion^{plus} in den letzten Jahren die Anzahl gegenüber den Pflegebedürftigen insgesamt nur unterdurchschnittlich zu. Der geringe Anstieg gibt Hinweise auf mögliche Versorgungsdefizite im vollstationären Bereich wie auch auf eine (erwünschte) Stärkung der häuslichen Versorgung.

Das rechte Diagramm zeigt, dass in der Gesundheitsregion^{plus} 17,4 % aller Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege leben, was deutlich unter dem unterfränkischen (21,2 %) und bayerischen Durchschnitt (23,4 %) liegt. Der höhere Anteil der teilstationär gepflegten Pflegebedürftigen im Regionalvergleich erklärt sich durch die hohe Konzentration an zu Hause Gepflegten.

Ziel der Pflegestatistik ist, Daten zum Angebot von und der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. In der Erhebung der stationär versorgten Heimbewohnerinnen und -bewohner werden nur solche einbezogen, die pflegebedürftig nach SGB XI sind. Die Daten werden mit den Leistungen der Pflegekassen abgestimmt.

BayLfStat 2022, Tabelle 22400-019s; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

6.10 Schwere der Pflegebedürftigkeit von stationär betreuten Pflegebedürftigen

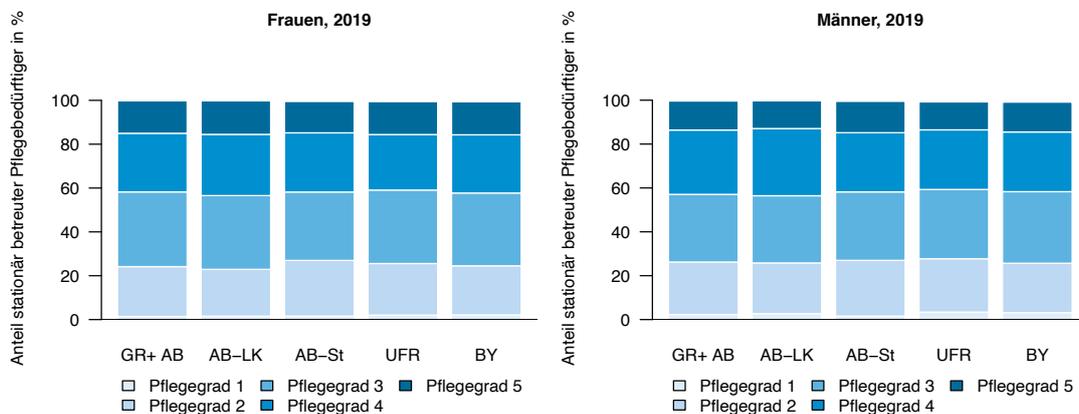
Definition

Anteil der stationär betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Geschlecht in Prozent

Ziel

Der Indikator zeigt die Verteilung der Pflegegrade innerhalb stationär und teilstationär betreuter Personen nach Geschlecht.

Abbildung 66: Anteil der stationär betreuten Pflegebedürftigen nach Pflegegrad und Geschlecht



Ergebnis

Die Unterschiede in der Verteilung der Pflegegrade sind sowohl im Vergleich zwischen Frauen und Männern als auch zwischen den Gebieten gering. Unter den stationär betreuten Pflegebedürftigen ist der größte Anteil in Pflegegrad 3 und 4 eingestuft.

Bewertung

Grundlage der Statistik sind die Ergebnisse der Pflegeversicherungsstatistik. Die Daten der empfangsberechtigten Personen sind mit den Pflegekassen abgestimmt. Die Erhebung wird alle zwei Jahre durchgeführt.

Quelle

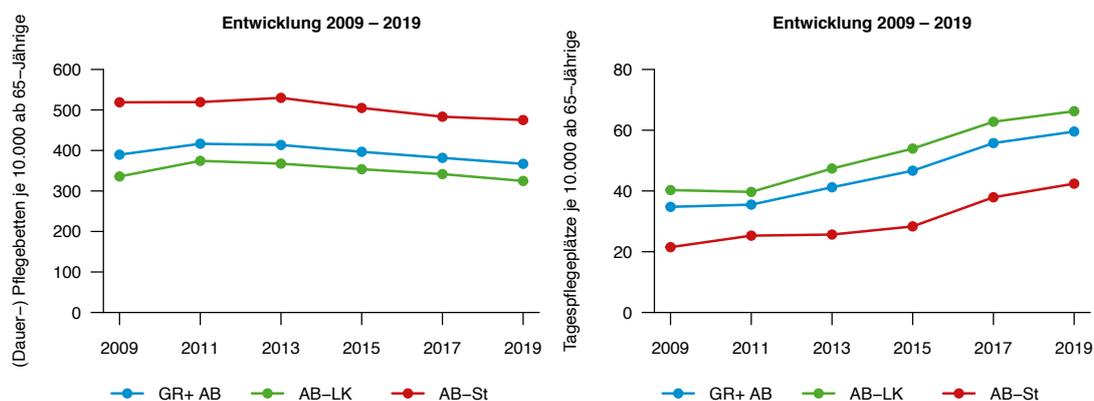
BayLfStat 2022, Tabelle 22400-019s; Berechnungen SAGS

6.11 Pflegebetten und Tagespflegeplätze

Anzahl der Pflegebetten und Tagespflegeplätze je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner (65 Jahre und älter) in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen

Der Indikator gibt einen Überblick über das Bettenangebot und die Tagespflegeplätze in der Dauer- und Tagespflege in vorhandenen stationären Pflegeeinrichtungen.

Abbildung 67: Pflegebetten und Tagespflegeplätze



Die Zahl der Dauerpflegebetten im Bereich der vollstationären Versorgung nimmt in der Gesundheitsregion^{plus} seit dem Jahr 2013 ab (-2 %). Die Ursache für diesen Rückgang ergibt sich teilweise durch Umbaumaßnahmen, z. B. gemäß des Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG), mit einer einhergehenden Reduzierung der Zahl der Zweibettzimmer.

Während die Dauerpflegebettendichte in der Stadt Aschaffenburg mit insgesamt 475 Betten je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (65 Jahre und älter) in vergleichbarer Dichte wie Unterfranken und Bayern liegt, weist der Landkreis Aschaffenburg mit insgesamt 325 Betten eine wesentlich geringere Dichte auf. Im rechten Diagramm ist ersichtlich, dass die Zahl der Tagespflegeplätze je 10.000 65-Jährige und Ältere seit 2009 kontinuierlich zunimmt. Hinsichtlich der Tagespflegeplätze konnte sowohl im Landkreis als auch in der Stadt ein deutlicher Ausbau realisiert werden.

Der Indikator basiert auf der Pflegestatistik. Ziel der Pflegestatistik ist, Daten zum Angebot von und der Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Die Daten werden mit den Leistungen der Pflegekassen abgestimmt. Die Belegung und Ausweitung der Pflegebetten wird aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels häufig gehemmt. Zu den Pflegebetten zählen nach der Pflegestatistik auch die Kurzzeitpflegebetten. Sogenannte eingestreute Kurzzeitpflegeplätze werden dabei den Dauerpflegebetten zugerechnet (vgl. Indikator 6.12).

BayLfStat 2022, Pflegestatistik 2019, verschiedene Jahrgänge und BayLfStat 2022, Tabelle 12411-004, verschiedene Jahrgänge, Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

Quelle

6.12 Kurzzeitpflegeplätze

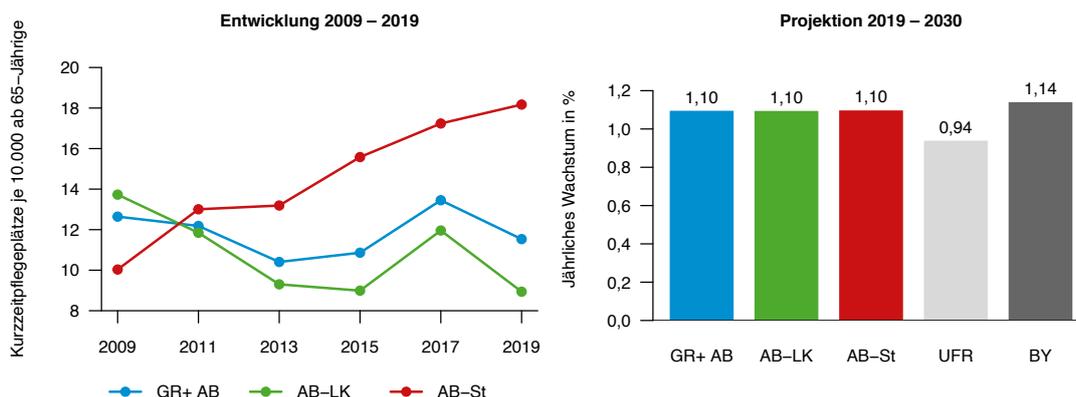
Definition

Kurzzeitpflegeplätze je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner (65 Jahre und älter)

Ziel

Gemäß § 42 SGB XI haben Versicherte Anspruch auf stationäre Kurzzeitpflege, wenn die häusliche Pflege nach einer stationären Behandlung der pflegebedürftigen Person oder bei häuslichen Krisensituationen zeitweise nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Kurzzeitpflege wird auch nach § 39 SGB XI als Verhinderungspflege, jeweils zeitlich begrenzt auf acht bzw. sechs Wochen pro Kalenderjahr, gewährt.

Abbildung 68: Kurzzeitpflegeplätze



Ergebnis

Bei der Entwicklung der verfügbaren Kurzzeitpflegeplätze ist in der Gesundheitsregion^{plus} im Beobachtungszeitraum ein Rückgang im Hinblick auf das Jahr 2019 festzustellen. Während im Landkreis Aschaffenburg sinkende Werte vorliegen, ist die Zahl der Betten in der Stadt gestiegen.

Für die Vorausschätzung der zukünftig benötigten Kurzzeitpflegeplätze wurde die Projektion der häuslich versorgten Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 herangezogen. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einem kontinuierlichen Anstieg der Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen zu rechnen. In der Gesundheitsregion^{plus} wird demnach ein jährlicher Anstieg der Kurzzeitpflegeplätze von durchschnittlich 1,10 % bis 2030 benötigt.

Bewertung

Bei der Bewertung des Angebots an Kurzzeitpflegeplätzen sind das Patientenkontext und die Substituierbarkeit der Angebote zu beachten. In der Kurzzeitpflege versorgte Pflegebedürftige bedürfen i. d. R. ein Mehr an medizinischer Versorgung als in der Langzeitpflege. Die Versorgungssituation für Kurzzeitpflegeleistungen hängt u. a. von der Auslastung und Verfügbarkeit der Dauerpflegeplätze ab, da das verfügbare Angebot in Einrichtungen mit eingestreuten Betten mit steigender Auslastung sinkt. Auch ist die Auslastung in der ambulanten Pflege zu berücksichtigen, deren Kapazitäten für Verhinderungspflege mit steigender Auslastung ebenso sinken. Dies kann wiederum die Nachfrage nach vollstationären Plätzen für die Verhinderungspflege erhöhen.

Quelle

BayLfStat 2022, Pflegestatistik 2019, verschiedene Jahrgänge; Berechnungen SAGS; Bundesministerium für Gesundheit 2022

6.13 Hospiz- und Palliativbetten

Verfügbare Hospiz- und Palliativbetten (stationäre Plätze je 1.000 Sterbefälle)

Ein stationäres Hospiz ist eine Pflegeeinrichtung, in der Schwerstkranke mit absehbarem Lebensende betreut werden. Es besteht meistens keine Aussicht auf Entlassung. Palliativstationen sind spezialisierte Einrichtungen eines Krankenhauses zur Versorgung von Menschen mit einer fortgeschrittenen lebensbegrenzenden Erkrankung. Ziel ist die weitestgehende Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität, sodass Schwerstkranke die ihnen verbleibende Lebenszeit möglichst in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können.

Tabelle 4: Hospiz- und Palliativbetten

	Betten (Ist)	Betten laut Bedarfsplan (Soll)	Betten pro 1.000 Sterbefälle (Ist)	Sterbefallprognose: Bedarf Betten in 2030 (Anstieg der Sterbefälle)
Hospizbetten				
Gesundheitsregion ^{plus}	10	4	3,8	4,7
Unterfranken	22	22	1,5	25,5
Palliativbetten				
Gesundheitsregion ^{plus}	8	9	3,0	10,6
Unterfranken	41	46	2,8	53,3

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2021; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2021b; Berechnungen SAGS.

Hospizbetten: Vor dem Hintergrund der Bewertungsaspekte wird der Versorgungsbedarf für Hospizbetten in Unterfranken durch 22 vorhandene Plätze abgedeckt. 10 der 22 unterfränkischen Hospizplätze befinden sich in der Gemeinde Alzenau, die weiteren 12 im Juliusspital in Würzburg. Für beide Einrichtungen ergibt sich somit ein überregionaler Einzugsbereich, weshalb die Bettenzahl über dem Bedarfsplan liegt. Bis ins Jahr 2030 wird mit einem Anstieg der Sterbefälle gerechnet, wodurch auch der Bedarf an Hospizbetten steigen wird. In der Gesundheitsregion^{plus} gibt es bezogen auf jeweils 1.000 Sterbefälle rechnerisch 3,8 Hospizbetten, im Bezirk Unterfranken 1,5.

Palliativbetten: In der Gesundheitsregion^{plus} gibt es rechnerisch 3 Palliativbetten je 1.000 Sterbefälle. Die insgesamt 41 in Unterfranken vorhandenen Betten befinden sich in den Städten Aschaffenburg (8 Betten), Bad Neustadt an der Saale (8 Betten), Schweinfurt (10 Betten) sowie Würzburg (15 Betten). Legt man die bayerische Richtlinie von 35 Betten je 1.000.000 Einwohnerinnen und Einwohner auf die Sterbefälle um, so ergibt sich für die Gesundheitsregion^{plus} ein Bedarf von 9 Betten und für Unterfranken von 46 Betten. Hospiz- und Palliativbetten: Aktuell sind in Unterfranken insgesamt 63 Betten verfügbar. Damit liegt Unterfranken zu diesem Zeitpunkt um 5 Betten unter dem Bedarf.

Laut Bedarfsplanung ist die Versorgung mit Hospizbetten in der Gesundheitsregion^{plus} und Unterfranken regelgerecht. Gemäß dem im Mai 2014 vom Expertenkreis Palliativmedizin und Hospizarbeit verabschiedeten Konzept „Bedarfsplanung für stationäre Hospize in Bayern“ ist für stationäre Hospize von einem Bedarf von einem Platz für 60.000 Einwohnerinnen und Einwohner auszugehen. Bei Umlegung auf die Sterbefälle entspricht dies in Bayern etwa 1,6 Betten je 1.000 Sterbefälle (berechnet anhand der Sterbefälle in Bayern Ende 2020).

Im Fall der stationären Palliativversorgung wird für die Bedarfsplanung ein Richtwert von 35 Betten je 1 Million Einwohnerinnen und Einwohner veranschlagt. Bei Umlegung auf die Sterbefälle entspricht dies in Bayern etwa 3,4 Betten je 1.000 Sterbefälle. Angesichts der Bewertungsaspekte wird der Versorgungsbedarf für Palliativbetten in der Gesundheitsregion^{plus} und in Unterfranken durch die vorhandenen Plätze nicht ausreichend abgedeckt.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. 2021; Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2021b; Berechnungen SAGS

Definition

Ziel

Ergebnis

Bewertung

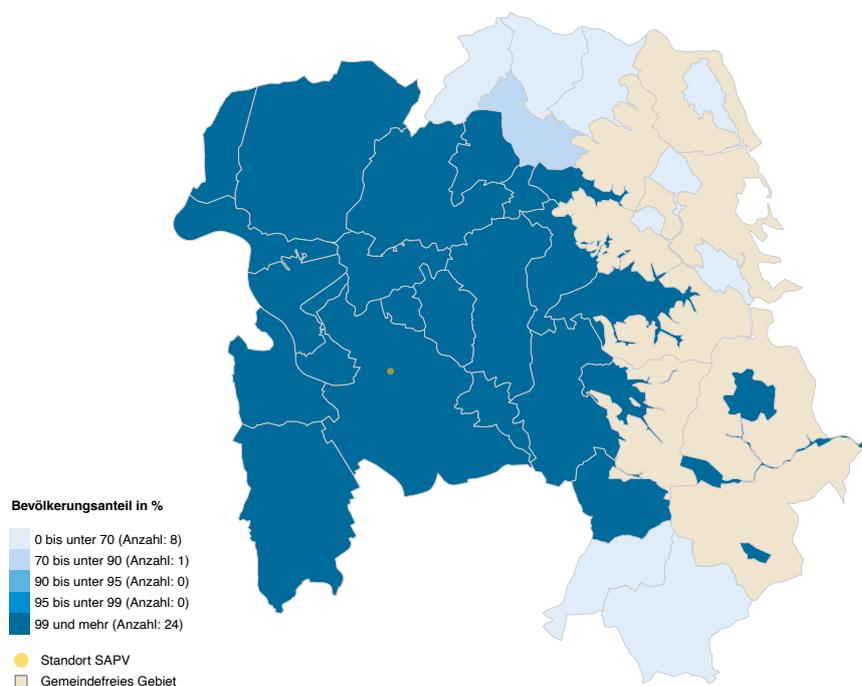
Quelle

6.14 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Definition Anteil der Bevölkerung, die einen Dienst zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Dienst) in 30 Minuten Fahrzeit mit einem privaten PKW erreichen in Prozent

Ziel Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist, bedürfen einer palliativen Versorgung. Es stehen nicht mehr die Heilung und Lebensverlängerung im Vordergrund, sondern der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität, Nähe, Zuwendung und die Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

Abbildung 69: SAPV-Dienste, Erreichbarkeit 30 Minuten



Ergebnis In der Gesundheitsregion^{plus} gibt es zur Begleitung und Unterstützung schwer kranker Menschen einen SAPV-Dienst in der Stadt Aschaffenburg, damit diese in Würde und in ihrer vertrauten Umgebung sterben können. Dieser Dienst sorgt für die Umsetzung der SAPV in der Gesundheitsregion^{plus}. 96 % der Bevölkerung erreichen in der Gesundheitsregion^{plus} einen SAPV-Dienst innerhalb von 30 Minuten. In acht Gemeinden erreichen weniger als 70 % der Bevölkerung einen SAPV-Dienst in dieser Zeit. Innerhalb von 40 Minuten erreichen alle Einwohnerinnen und Einwohner der Gesundheitsregion^{plus} einen SAPV-Dienst. Nach dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung 2020 ist die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowohl im Landkreis als auch in der Stadt Aschaffenburg sichergestellt.

Bewertung Die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatientinnen und Palliativpatienten sowie deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) vorübergehend oder dauerhaft notwendig macht.

Quelle GKV-Spitzenverband 2020



Hand aufs Herz

Was sagt die Waage?

Übergewicht belastet das Herz Tag für Tag. Tun Sie Ihrem Herzen einen Gefallen und lassen Sie die Kilos purzeln. Und schon sinkt auch Ihr Risiko für einen Herzinfarkt.

AKTIV GEGEN HERZINFARKT
handaufsherz.bayern.de

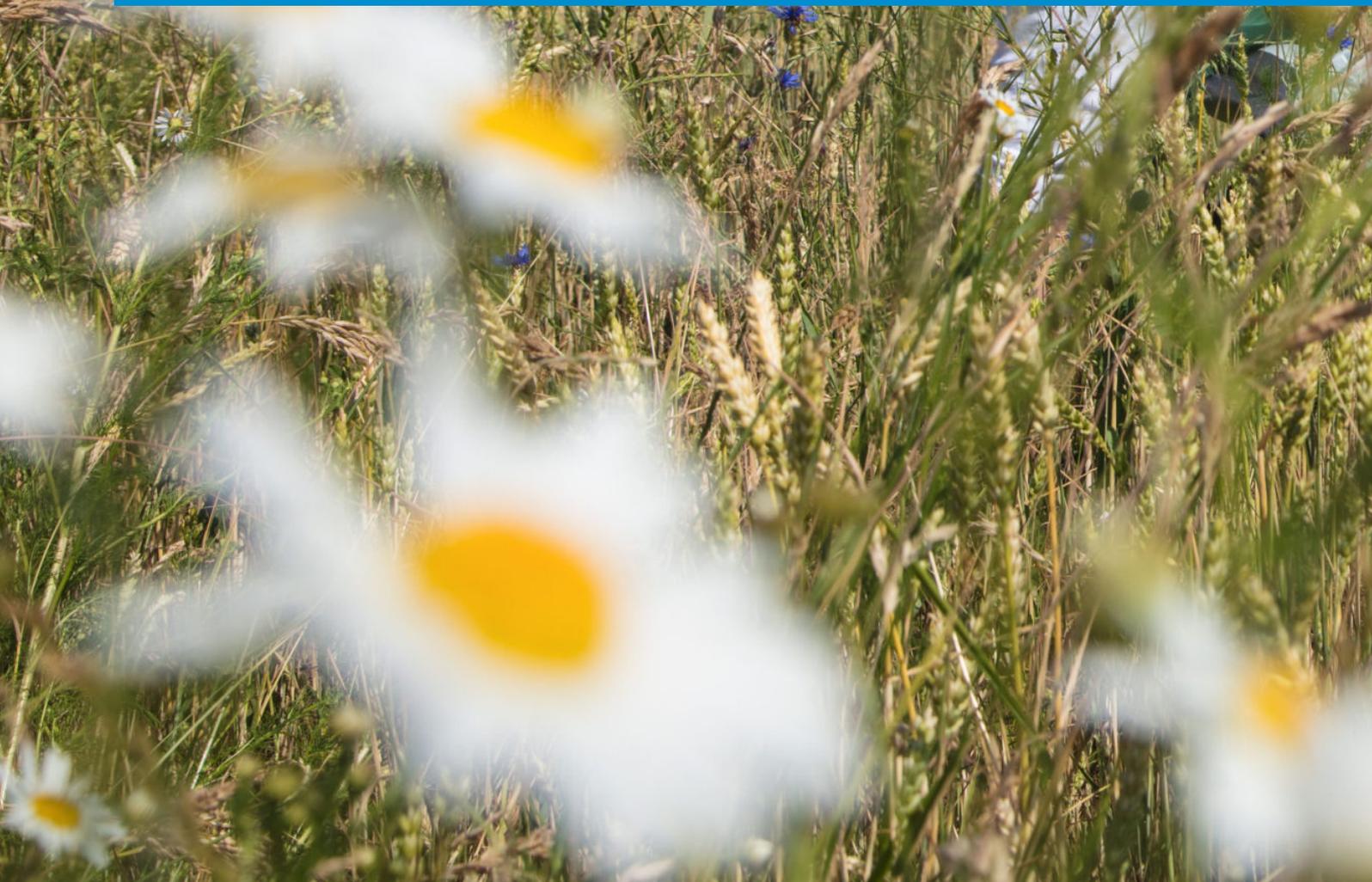
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



7 Zusammenfassung der Themenbereiche

Die Gesundheitssituation und -versorgung der Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg ist insgesamt gut. Im Folgenden werden die Indikatoren nach den Themenbereichen kurz zusammengefasst, bevor die zukünftigen Entwicklungen beschrieben und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Die ausführliche Beschreibung der einzelnen Gesundheitsmerkmale mit den Werten der Vergleichsregionen erfolgt in Kapitel zwei bis sechs.

Für jeden Themenbereich wird in einer Abbildung aufgezeigt, wie sich die relative Position der Gesundheitsregion^{plus} bei den verschiedenen Kennzahlen in Vergleich zu Bayern darstellt. Hierbei wird zwischen „Niveau“ und „Dynamik“ unterschieden. Während sich das „Niveau“ auf den letzten verfügbaren Wert des Indikators bezieht, bildet die „Dynamik“ die Veränderung der Werte im Zeitverlauf (bezogen auf das jährliche Wachstum) ab. Die Beobachtungszeiträume können dabei der Beschreibung der einzelnen Merkmale entnommen werden. Referenzwert ist jeweils der bayerische Durchschnitt (für den Vergleich mit Unterfranken siehe Abbildung 84, Abbildung 85 und Abbildung 86 im Anhang). Liegt der Wert unter dem bayerischen Durchschnitt, wie beispielsweise beim Ausländeranteil der Bevölkerung, wird dies in den Grafiken durch einen hellblauen Balken angezeigt. Bei überdurchschnittlichen Werten der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zum Bayernmittel sind die Balken hingegen dunkelblau. Dabei erfolgt keine Aussage, ob ein höherer Wert gemeinhin als „besser“ oder „schlechter“ einzustufen ist. Beispielsweise wird ein niedrigeres Einkommen ebenso mit hellblauen Balken dargestellt wie eine niedrigere Anzahl an Covid-19-Fällen. Dies gilt auch für die Darstellung der Dynamik. Ein größeres Wachstum bzw. ein geringerer Rückgang der Werte im Vergleich zu Bayern impliziert einen dunkelblauen Balken und ein niedrigeres Wachstum bzw. ein stärkerer Rückgang einen hellblauen Balken.



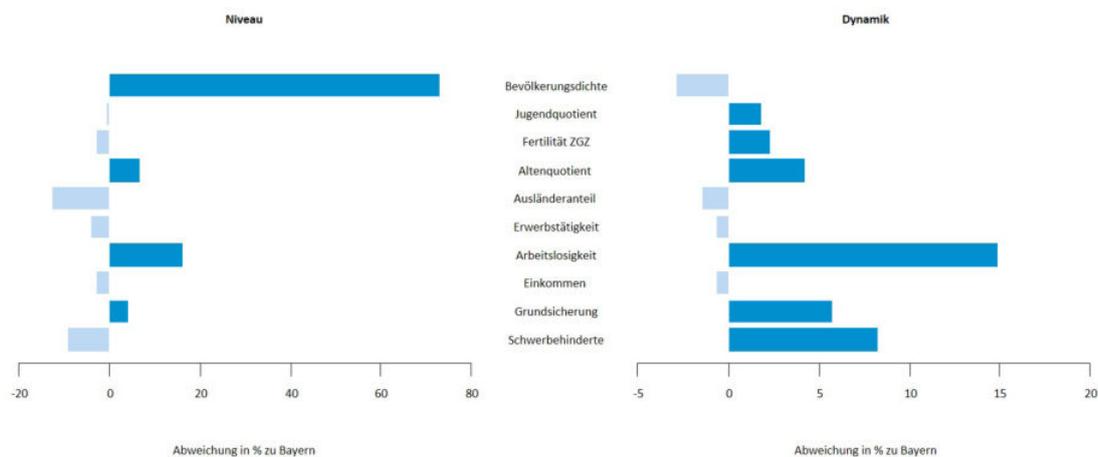
7.1 Bevölkerung und sozioökonomischer Status

Die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg zeigt in der Bevölkerungs- und Sozialstruktur einige Besonderheiten. Zunächst fällt die hohe Bevölkerungsdichte im Vergleich zu Bayern auf, die u. a. durch die topografischen und administrativen Gegebenheiten zu begründen ist (vgl. Abbildung 70). Hinsichtlich der Bevölkerungsstruktur ist festzustellen, dass die Gesundheitsregion^{plus} im Status quo im Vergleich zum Bayernmittel einen geringfügig niedrigen Jugendquotienten (-0,7 %) und einen etwas höheren Altenquotienten (+6,7 %) verzeichnet.

Der Ausländeranteil liegt 12,4 % unter dem bayerischen Durchschnitt und hat die letzten Jahre auch weniger stark zugenommen, was sich durch die Arbeitsmarktsituation in der Gesundheitsregion^{plus} erklären lässt. Die Erwerbstätigenquote ist in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern ebenfalls leicht unterdurchschnittlich (-4,1 %), während die Arbeitslosenquote über dem bayerischen Vergleichswert liegt (+16,1 %). Bei der Interpretation dieses Niveaus ist allerdings die hohe Einpendlerquote zu berücksichtigen. Das durchschnittlich verfügbare Einkommen der Bevölkerung liegt mit -2,8 % minimal unter dem bayerischen Durchschnitt. Der Anteil der Personen, die Sozialhilfe empfangen, ist in der Gesundheitsregion^{plus} dagegen leicht höher als in Bayern (+4 %). Aus gesundheitspolitischer Sicht ist zu erwähnen, dass der Anteil von Schwerbehinderten unter dem bayerischen Vergleichswert liegt (-9,3 %). Die Gesundheitsregion^{plus} verfügt als Teil der Metropolregion „FrankfurtRheinMain“ trotz bayerischer Randlage über sehr gute Standortbedingungen.

Bezogen auf die vergangene Entwicklung der Indikatoren fällt die hohe Dynamik des Altenquotienten, der Arbeitslosenquote, der Menschen mit Behinderung und der Personen, die Grundsicherung erhalten, auf. Der Jugend- und Altenquotient entwickeln sich in der Gesundheitsregion^{plus} dynamischer als in Bayern, was mit einer geringeren Bevölkerungszunahme im Zusammenhang steht. Das Wachstum der Arbeitslosenquote in der Gesundheitsregion^{plus} war in den Jahren 2012 bis 2020 um 14,9 % höher als in Bayern.

Abbildung 70: Bevölkerungsstruktur in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern

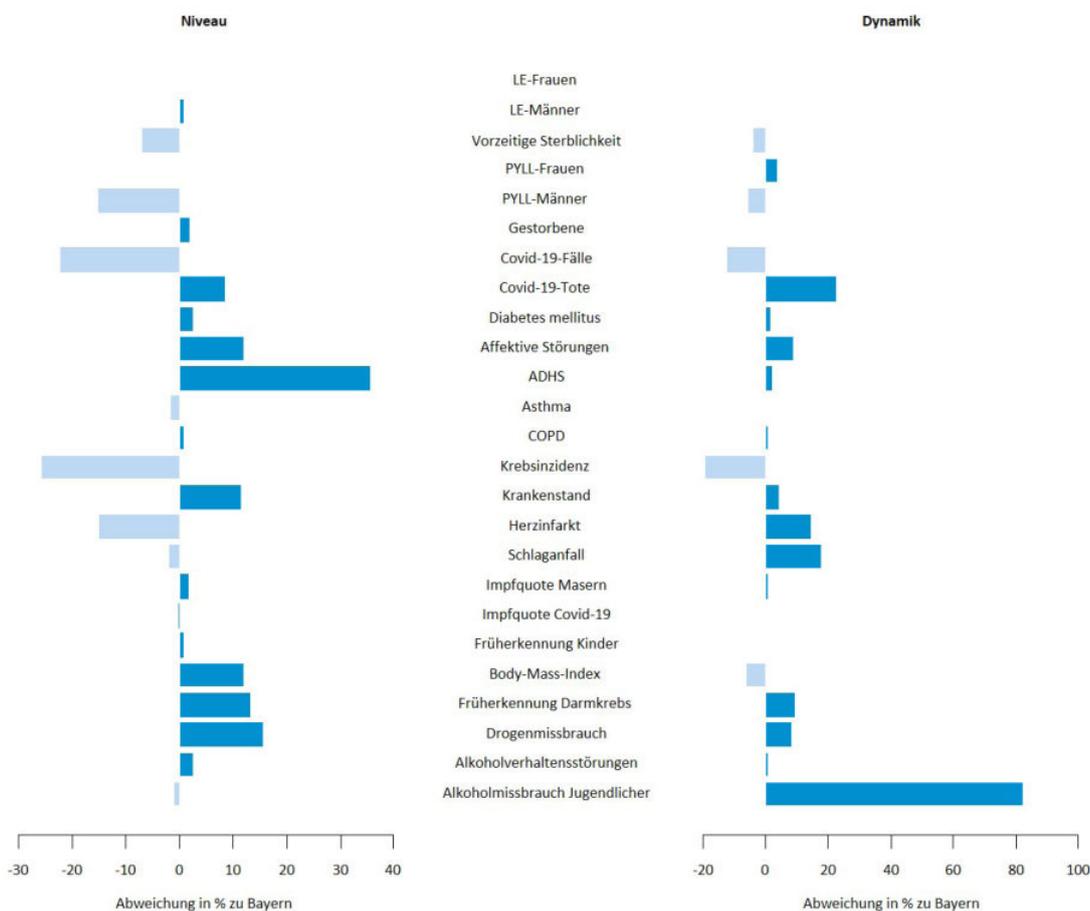


7.2 Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten

Abbildung 71 zeigt die relative Position der Gesundheitsregion^{plus} in den 25 Merkmalen zur gesundheitlichen Situation und dem Gesundheitsverhalten. Die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg zeichnet sich durch ein insgesamt hohes Gesundheitsniveau im Vergleich zu Bayern aus. Ihre Bevölkerung erzielt eine geringfügig höhere Lebenserwartung als der bayerische Durchschnitt. Dies gilt sowohl für Frauen (+0,2 Jahre) als auch für Männer (+0,6 Jahre). Das positive Ergebnis wird durch Abnahme der vorzeitigen Sterblichkeit seit dem Jahr 2012 gestützt. D. h., es sind weniger Menschen vorzeitig gestorben, als dies gemessen am bayerischen Durchschnitt zu erwarten gewesen wäre. Der vorzeitige Verlust an Lebensjahren ist bei Männern deutlich geringer als im bayerischen Durchschnitt (-15,1 %).

Bezüglich der Covid-19-Erkrankungen ist hervorzuheben, dass die Gesundheitsregion^{plus} positiv hinsichtlich des Niveaus auffällt. Bei den Todesfällen ist jedoch im zweiten Coronajahr (2021) ein deutlicher Anstieg, besonders in der Stadt Aschaffenburg, zu verzeichnen.

Abbildung 71: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern



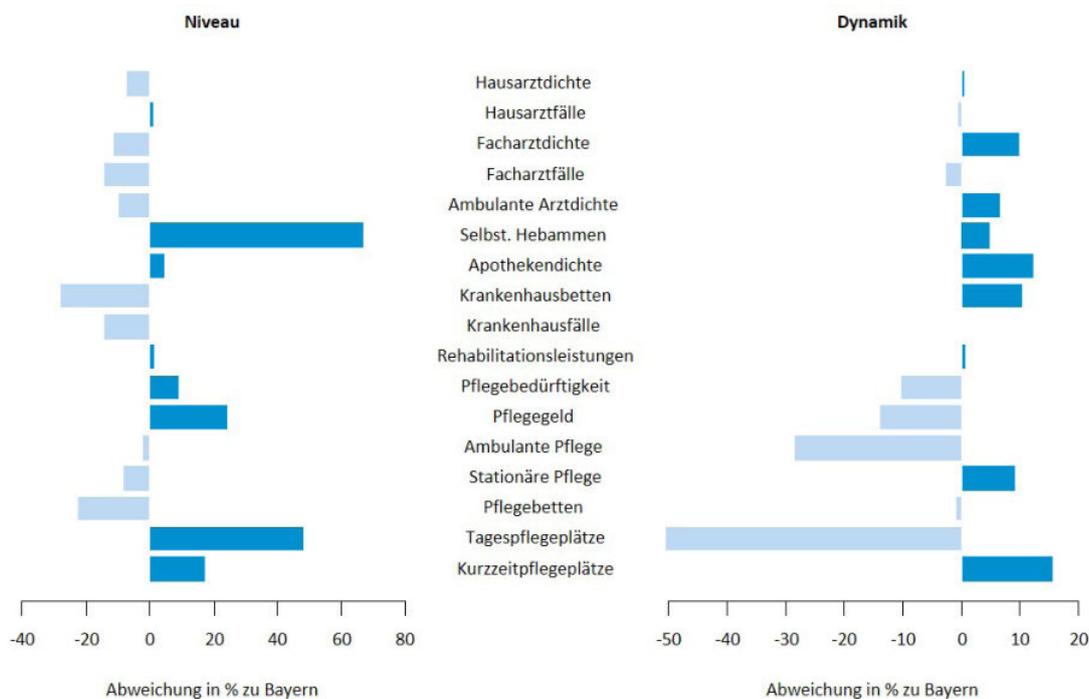
Bei den Indikatoren ADHS, Affektive Störungen und Krankenstand ist in der Gesundheitsregion^{plus} eine deutlich höhere Behandlungsmorbidität im Vergleich zu Bayern zu erkennen. D. h., es werden dort anteilig mehr Personen aufgrund der genannten Krankheiten behandelt als in Bayern. Ein direkter Rückschluss auf die Krankheitshäufigkeit ist dadurch jedoch nicht möglich, da die Zahl der Behandlungsfälle durch z. B. Mehrfachbehandlungen und dem Inanspruchnahmeverhalten beeinflusst wird. Der Anteil der behandelten Personen mit Krebserkrankungen und Herzinfarkt ist in der Gesundheitsregion^{plus} dagegen geringer als in Bayern. Auch bei der im betrachteten Zeitraum höheren Dynamik bei Herzinfarkt und Schlaganfall zeigt sich zuletzt eine Stabilisierung.

Die Daten zum Gesundheitsverhalten zeigen ein gemischtes Bild. Positiv stellen sich die Kennzahlen der Früherkennung bei Kindern und der Impfquote bei Masern dar. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Darmkrebs, welche in der Gesundheitsregion^{plus} überdurchschnittlich ist. Sie nahm in den vergangenen Jahren kontinuierlich zu. Bezüglich der Impfquote bei Covid-19 ist die Darstellung der Ergebnisse u. a. aufgrund der Zuordnung der Impfungen zum Impfort mit Unsicherheiten verbunden. Anhand der veröffentlichten Zahlen erscheint die Impfquote bei Covid-19 durchschnittlich. Im Hinblick auf die Dynamik ist die Entwicklung beim Alkoholmissbrauch im Vergleich zu Bayern besonders auffällig (+82 %). Dies liegt daran, dass der Wert in der Gesundheitsregion^{plus} steigt, während er in Bayern sinkt. Der Wert entsprach aber zuletzt dem bayerischen Niveau. Auch der Genuss anderer psychotroper Substanzen ist in der Gesundheitsregion^{plus} relativ hoch. Durch die hohe Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sind gute Voraussetzungen für eine präventionsorientierte Versorgung gegeben. Aufgrund der zunehmend älter werdenden Gesellschaft mit den zunehmenden chronischen Erkrankungen ist die weitere Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und die Schaffung präventionsfördernder Anreize ein wichtiges Instrument.

7.3 Medizinische und pflegerische Versorgung

Abbildung 72 vergleicht in 17 Merkmalen die medizinische und pflegerische Versorgung innerhalb der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg mit dem bayerischen Durchschnitt. Bei den Versorgungsindikatoren Hausarztfälle, Selbstständige Hebammen, Apothekendichte, Rehabilitationsleistungen, Pflegebedürftigkeit, Pflegegeld, Tagespflegeplätze und Kurzzeitpflegeplätze liegt das Niveau über dem bayerischen Mittel.

Abbildung 72: Medizinische und pflegerische Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern



Das medizinische Angebot ist, gemessen an den gesetzlichen Planungsvorgaben und der Erreichbarkeit der Einrichtungen, generell als gut einzustufen. Gemäß der Bedarfsplanung der KVB gilt die Gesundheitsregion^{plus} als regelversorgt. Betrachtet man die Versorgungsdichten, fällt im Vergleich zu Bayern auf, dass die hierzu in Abbildung 72 ausgewiesenen Dichtekennziffern sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung in der Gesundheitsregion^{plus} geringer sind. Am größten ist dieser Unterschied bei der Bettendichte (-28,1 %), die mit einer niedrigeren Leistungsanspruchnahme (Krankenhausfälle) korrespondiert. Die Entwicklung der Bettendichte ist jedoch – ebenso wie die Entwicklung der Arztichte und insbesondere der Facharztichte – positiv und überdurchschnittlich. Auffällig ist die deutlich bessere Versorgung mit selbstständigen Hebammen als im bayerischen Durchschnitt (+66,9 %). Auch die Apothekendichte ist als gut zu bezeichnen (+4,6 %).

Wegen des besonderen Pflegerisikos im Alter beziehen sich die 7 Indikatoren der pflegerischen Versorgung auf die Bevölkerung der 65-Jährigen und Älteren. Beim Vergleich der Pflegebedürftigkeit zeigt sich, dass das Niveau (+8,9 %) jedoch nicht die Dynamik (-10,5 %) in der Gesundheitsregion^{plus} über dem bayerischen Durchschnitt liegt. In der Gesundheitsregion^{plus} wird ein deutlich höherer Anteil der älteren Bevölkerung ausschließlich durch Angehörige oder sonstige Personen versorgt als in Bayern und bezieht dafür Pflegegeld (+24,4 %). Der Anteil der ambulant und stationär Gepflegten ist dementsprechend niedriger als in Bayern (-2,3 % und -8,2 %). Die unterdurchschnittliche Dynamik der Pflegebedürftigkeit in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern gilt nicht für die Nachfrage nach stationären Pflegeleistungen. Diese stieg von einem niedrigeren Ausgangsniveau im Jahr 2009 bis 2019 stärker an (+9,2 %).

Der Bereich der Tagespflegeplätze wurde in der Gesundheitsregion^{plus} in den vergangenen Jahren stark ausgebaut, während die Zahl der Pflegebetten und Kurzzeitpflegeplätze stagnierten bzw. leicht zurückgingen. Insgesamt ist das Bettenangebot in der teil- und vollstationären Pflege zu Bayern in der Gesundheitsregion^{plus} unterdurchschnittlich (-23,1 %). In der Kurzzeitpflege und bei Tagespflegeplätzen ist das Angebot aber überdurchschnittlich (+17,3 % und +46,9 %). Die höhere Dynamik der Kurzzeitpflegeplätze (+15,5 %) in Abbildung 72 ist dabei als geringerer Rückgang im Vergleich zum bayerischen Mittel zu interpretieren.

7.4 Herausforderungen und Chancen der Gesundheitsregion^{plus}

Tabelle 5 und Tabelle 6 fassen im Folgenden die Herausforderungen und die Chancen bzw. Perspektiven getrennt für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg zusammen.

Tabelle 5: Herausforderungen und Chancen im Landkreis Aschaffenburg

Herausforderungen	Chancen und Perspektiven
Bevölkerung und sozioökonomischer Status	
Der Jugend- und Altenquotient steigt im zeitlichen Verlauf überdurchschnittlich. D. h. der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter sinkt.	Die Lebenserwartung ist im zeitlichen Verlauf sowohl bei Männern als auch Frauen ansteigend und liegt über dem bayerischen Durchschnitt. Diese Entwicklung ist aufgrund vielfältiger Faktoren in ganz Bayern zu beobachten.
Gesundheitliche Situation	
Anteil der behandelten Personen mit psychischen Störungen ist in den letzten Jahren gestiegen.	Die Fachrichtung der Psychotherapie wurde in den letzten Jahren ausgebaut.
Der Missbrauch psychotroper Substanzen hat zugenommen und liegt über den bayerischen Durchschnitt.	Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen sinkt. Früherkennungsuntersuchungen für Darmkrebs werden überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen.
Die stationären Behandlungsfälle bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind höher als in Bayern insgesamt.	Die Zahl der Krankenhausfälle je Einwohnerinnen und Einwohner ist im Vergleich zu Bayern geringer. Auch die Anzahl der Krankenhausfälle mit der Diagnosestellung Herzinfarkt und Schlaganfall ist im bayerischen Vergleich geringer.
Medizinische Versorgung	
Insgesamt stehen im Vergleich mit anderen Regionen weniger Apotheken je Einwohnerinnen und Einwohner zur Verfügung.	Diese Problematik kann durch die überdurchschnittliche Versorgung in der Stadt Aschaffenburg allerdings abgefangen werden.
Geringe Arztdichte mit einer etwas schlechteren Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung.	Die ärztliche Versorgung ist gemäß der Planungsvorgaben bedarfsgerecht gewährleistet. Langfristig ist allerdings mit einer drohenden Unterversorgung in den Landkreisgemeinden zu rechnen. Durch den hohen ärztlichen Versorgungsgrad in der Stadt Aschaffenburg und dem damit verbundenen Mitversorgungseffekt des Landkreises, kann ein zukünftiger Mangel teilweise kompensiert werden.
Pflegerische Versorgung	
Die Rate an pflegebedürftigen Menschen ist im zeitlichen Verlauf steigend und liegt über dem bayerischen Durchschnitt. Dies zeigt sich bereits durch den stetigen Anstieg des Altenquotienten.	Im Landkreis Aschaffenburg werden mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen von Angehörigen oder anderen Personen gepflegt. Der Anteil ist damit höher als in den anderen Vergleichsregionen.

Tabelle 6: Herausforderungen und Chancen in der Stadt Aschaffenburg

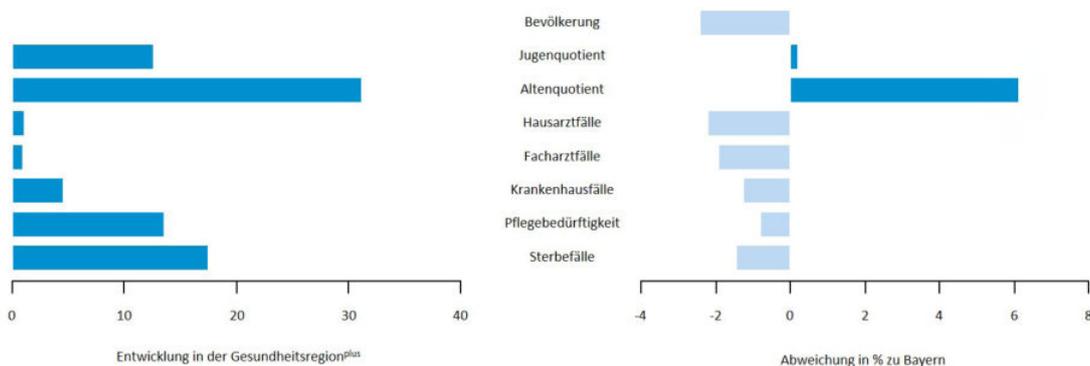
Herausforderungen	Chancen und Perspektiven
Bevölkerung und sozioökonomischer Status	
Der Anteil von Kindern und Jugendlichen (0 – 17 Jahre) an der Bevölkerung (18 – 64 Jahre) ist in der Stadt Aschaffenburg im Regionalvergleich am geringsten.	Die Neuerkrankungsrate an bösartigen Neubildungen sinkt. Früherkennungsuntersuchungen für Darmkrebs werden überdurchschnittlich häufig in Anspruch genommen.
Die hohe Arbeitslosenquote in der Stadt Aschaffenburg geht mit einem hohen Anteil der ausländischen Bevölkerung einher. Das Phänomen der städtischen Arbeitslosigkeit, die deutlich über der ländlichen liegt, ist in ganz Bayern zu beobachten.	Die Arbeitslosenquote ist gegenüber den 2000er Jahren stark gefallen, hat aber im Jahr 2020 aufgrund der Pandemie einen Anstieg erfahren. Viele der Beschäftigten wohnen außerhalb der Stadtgrenzen und pendeln in die Stadt.
Gesundheitliche Situation	
In der Stadt Aschaffenburg treten in der Bevölkerung im Alter von unter 65 Jahren gehäuft Todesfälle auf, was auf erhöhte Gesundheitsrisiken hinweist. Erfreulicherweise konnte im Jahr 2015 erstmalig ein Abfall der Quote verzeichnet werden.	Die Lebenserwartung ist im zeitlichen Verlauf sowohl bei Männern als auch Frauen ansteigend. Diese Entwicklung ist aufgrund vielfältiger Faktoren in ganz Bayern zu beobachten.
Die Behandlungsfälle bei ausgewählten Erkrankungen (z. B. Diabetes, affektive Störungen, COPD, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) liegen in der Stadt Aschaffenburg höher als in Bayern.	Die Zahl der Krankenhausfälle je Einwohnerinnen und Einwohner ist im Vergleich zu Bayern geringer und weiter sinkend. Auch die Anzahl der Krankenhausfälle mit der Diagnosestellung Herzinfarkt und Schlaganfall ist im Vergleich zu anderen bayerischen Regionen geringer.
Der Missbrauch psychotroper Substanzen hat zugenommen und liegt über den bayerischen Durchschnitt.	Ambulante Patientinnen und Patienten mit Verhaltensstörungen durch Alkohol sind seit 2015 rückläufig.
Medizinische Versorgung	
Der Fachkräftemangel wird sich in Verbindung mit einem regionalen Rückgang der Erwerbsbevölkerung und einem Anstieg des Altenquotienten auf die medizinische Versorgung auswirken.	Sowohl die ärztliche Versorgung als auch die Versorgung durch öffentliche Apotheken ist gewährleistet. Die Konzentration an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten ist im Regionalvergleich hoch, versorgt aber die Bevölkerung des Landkreises mit.
Pflegerische Versorgung	
Die Rate an pflegebedürftigen Menschen ist im zeitlichen Verlauf steigend und liegt über dem bayerischen Durchschnitt. Es wird zudem ein überdurchschnittlicher Anstieg der Nachfrage im Bereich der stationären Pflege erwartet.	Es werden weniger Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu anderen bayerischen Regionen betreut. Die Zahl der Kurzzeitpflege wurde in den letzten Jahren ausgebaut, um die häusliche Pflege zu fördern.

7.5 Zukünftige Entwicklung

Für die zukünftige demografische Entwicklung der Gesundheitsregion^{plus} sind die langfristigen Entwicklungen der Geburtenrate, die historisch bedingte Abfolge von starken und schwachen Generationen sowie die steigende Lebenserwartung von besonderer Bedeutung. Einen weiteren Einflussfaktor stellen die Wanderungen sowohl aus dem Ausland als auch innerhalb Deutschlands in die Gesundheitsregion^{plus} dar. Dazu kommen mögliche Sondereffekte, wie zuletzt die starke Flüchtlingszuwanderung um 2015 oder die Übersterblichkeit durch die Coronapandemie.

Abbildung 73 zeigt den prognostizierten Verlauf der zukünftigen Entwicklung ausgewählter Indikatoren für die Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg sowie die Projektion im Vergleich zu Bayern.

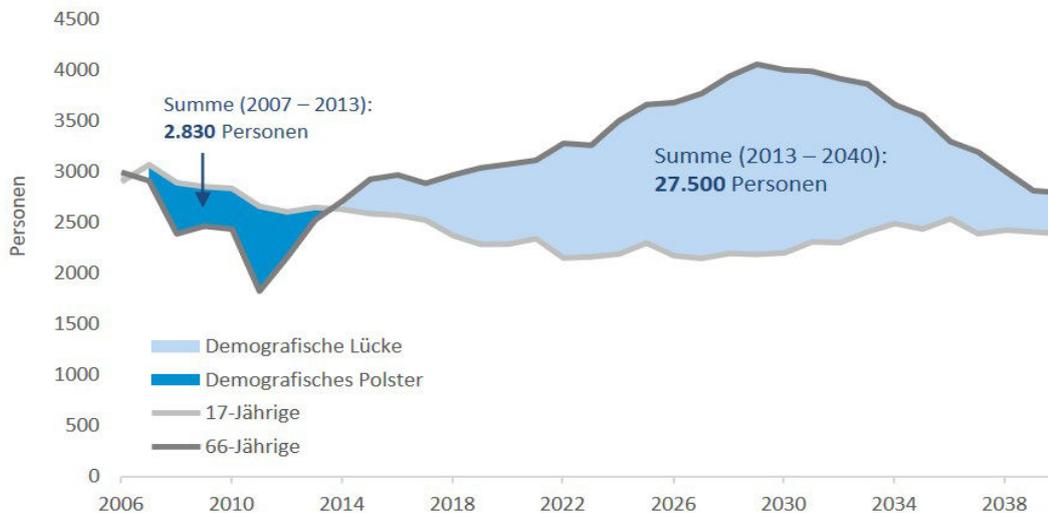
Abbildung 73: Entwicklung ausgewählter Projektionen der Gesundheitsregion^{plus} absolut und im Vergleich zu Bayern



Die im Bericht dargestellten Projektionen zeigen ähnliche Herausforderungen, sowohl für den Landkreis und die Stadt Aschaffenburg als auch für Unterfranken und Bayern als Folge der Veränderung der Demografie. Die Dynamik der Entwicklung unterscheidet sich in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Bayern geringfügig. So wird mittelfristig die Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus} im Gegensatz zu Bayern insgesamt voraussichtlich sinken, jedoch weniger stark als in Unterfranken. Im Vergleich zu Bayern geht das unterdurchschnittliche Bevölkerungswachstum der Gesundheitsregion^{plus} mit einer etwas geringeren Geburtenrate einher. Die Sterbefälle, die ein wichtiger Indikator für den Bedarf an Hospiz- und Palliativversorgung sind, werden in der Gesundheitsregion^{plus} bei gleichbleibender Lebenserwartung um rund 18 % steigen. Dieser Anstieg liegt zwischen dem zu erwartenden Wert von Unterfranken und Bayern.

Als Folge der fortlaufenden Alterung sind erhebliche strukturelle Veränderungen in der Bevölkerung zu erwarten. Am auffälligsten ist die hohe Zunahme des Altenquotienten in der Gesundheitsregion^{plus}, auch im Vergleich zu Bayern. Zwei Effekte wirken hier zusammen. Zum einen wird der noch hohe Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter stark abnehmen, da geburtenstarke Jahrgänge in den Ruhestand wechseln. Zum anderen ist eine zukünftige Abnahme der in das Berufsleben hineinwachsenden Jugendlichen bereits weitgehend vorbestimmt. Durch die weiterhin zu erwartende Immigration kann diese Entwicklung nur abgeschwächt werden. Hierdurch ergibt sich das Bild einer aufklaffenden demografischen Lücke. Dies verdeutlicht Abbildung 74 anhand des jährlichen Unterschieds zwischen der Anzahl der 66-Jährigen und der 17-Jährigen. Für die Gesundheitsregion^{plus} ergibt sich zwischen 2013 und 2040 eine „demografische Lücke“ von 27.500 Einwohnerinnen und Einwohnern. Demgegenüber bestand im Zeitraum 2006 bis 2013 noch ein demografisches Polster: mehr Personen wurden erwerbsfähig als in den Ruhestand traten. Die demografische Lücke wird in den nächsten Jahren stark ansteigen und ihr größtes Ausmaß um 2030 erreichen. Diese demografische Entwicklung hat erhebliche Auswirkungen auf die medizinischen und pflegerischen Versorgungsbereiche der Gesundheitsregion^{plus}.

Abbildung 74: Demografische Lücke in der Gesundheitsregion^{plus}



Quelle: Bayerisches Statistisches Landesamt 2022, Berechnungen SAGS.

So resultieren vor allem für den Bereich der Langzeitpflege aus der demografischen Entwicklung der Bevölkerung erhebliche Herausforderungen. Aufgrund der aktuellen und in den nächsten Jahren zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen ergeben sich starke Nachfragesteigerungen nach medizinischer, pflegerischer und auch hauswirtschaftlicher Versorgung bei einem sich gleichzeitig immer weiter verstärkenden Personalmangel. Als Folge des Pflegefachkräftemangels stehen zudem immer weniger – eingestreute wie feste – Kurzzeitpflegeplätze zur Nutzung zur Verfügung.

In der medizinischen Versorgung betrifft die Alterung der Leistungserbringenden in hohem Maße die Sicherstellung des Angebots an medizinischen Leistungen. In der hausärztlichen Versorgung sind bereits jetzt ca. 40 % der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt. Der hohe Anteil der Praktizierenden im Renten Eintrittsalter macht deutlich, dass dort in den kommenden Jahren ein erheblicher Nachbesetzungsbedarf von Arztsitzen entstehen wird. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist der Anteil zwar geringer, aber eine Ärztin bzw. ein Arzt versorgt hier deutlich mehr Patientinnen und Patienten, sodass das Ausscheiden einer fachärztlichen Fachkraft im räumlichen Zugang erhebliche Folgen haben kann.

Als Folge der steigenden Lebenserwartung und zunehmenden Morbidität im Alter ist auch in Zukunft in der Gesundheitsregion^{plus} mit einem Anstieg des Behandlungsbedarfs zu rechnen. Bis zum Jahr 2030 wird ein Wachstum der vollstationären Krankenhausfälle um 4,5 % erwartet. Auch ist zukünftig für die Gesundheitsregion^{plus} ein Mehrbedarf an geriatrischer Rehabilitation zu erwarten, einerseits ausgehend von der demografischen Entwicklung, andererseits durch die in den letzten Jahren in Kraft getretenen Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis PSG III). Durch die gesetzlichen Neuerungen wurden die Grundsätze „häusliche Pflege vor stationärer Pflege“ sowie „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt.

8 Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der dargestellten Ergebnisse und Analysen werden im Folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet. Diese richten sich an die verschiedenen Bereiche des Gesundheitssystems. Um die Gesundheit der Menschen zu schützen und fördern, sind Präventionsmaßnahmen auf allen Ebenen erforderlich.



Gesundheitsförderung

Bei Betrachtung der Bevölkerungsdaten fällt der gestiegene Anteil der ausländischen Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg von 10,1 % auf 12,0 % auf. In diesem Zusammenhang sollten, vor dem Hintergrund von Sprachbarrieren und Unkenntnis der Strukturen der Gesundheitsversorgung, Maßnahmen gefördert werden, die den Zugang zu medizinischen Leistungen erleichtern. Hierbei ist auch eine aktive Mitwirkung der Menschen mit Migrationshintergrund selbst sowie eine Förderung ihrer spezifischen Ressourcen notwendig.

Zahlreiche Erkrankungen und vorzeitige Todesfälle sind vermeidbar. Beispielsweise können Verkehrsunfälle oder Krankheiten wie Leberzirrhose und Lungenkrebs durch primärpräventive Maßnahmen in ihrem Ausmaß verringert werden. Zudem können viele Krankheiten, wie z. B. weitere Krebsarten oder Herz-Kreislauf-Krankheiten, durch verhältnisorientierte Gesundheitsförderung, evidenzbasierte Früherkennung, adäquate medizinische Behandlung und den konsequenten Ausbau der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung (z. B. durch Schulung von Patientinnen und Patienten) in ihrem Verlauf so beeinflusst werden, dass ein früher Tod vermieden wird. Hier sollte analysiert werden, welche Maßnahmen in der Gesundheitsregion^{plus} ergriffen werden können, um die zukünftige Entwicklung weiter positiv zu beeinflussen.

Die meisten Kinder in der Gesundheitsregion^{plus} wachsen gesund auf. Die überdurchschnittlichen Werte bei Adipositas sowie beim Alkohol- und Drogenkonsum Jugendlicher legen jedoch nahe, im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention die Gesundheitsförderung von Jugendlichen in den Feldern Ernährung, Alkohol- und Drogenkonsum zu stärken.

Gesundheitsförderung und Prävention ist in jedem Lebensalter wichtig. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass Kinder und Erwachsene ihre Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln können, sich gesund zu erhalten bzw. ihre Gesundheit zu verbessern und sich vor Krankheiten zu schützen. Im Hinblick auf den erhöhten Krankenstand in der Gesundheitsregion^{plus} im bayerischen Vergleich stellt das betriebliche Gesundheitsmanagement ein weiteres mögliches Handlungsfeld dar. Firmen sollten auf geeignete Maßnahmen aufmerksam gemacht und unterstützt werden. Durch präventive und gesundheitsförderliche Aktionen wird die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden gefördert, was wiederum Auswirkungen u. a. auf die Produktivität, Motivation und Fluktuationsrate hat.

Die Schwangerschaftsvorsorge stellt ein weiteres mögliches Handlungsfeld dar. Gesundheitsförderliche Lebenswelten und Rahmenbedingungen in der Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt sind unzweifelhaft eine wichtige Voraussetzung für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Sie bilden die Grundlage für die Entfaltung der eigenen Ressourcen und Potenziale sowie eines gesunden Lebensstils. Hier sollten die hohen Klinikaufenthalte bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zuvor noch genauer untersucht werden.

Die Vielfalt an Dienstleistungen und Angeboten rund um die Themen Gesundheit, medizinische Versorgung, Pflege und Beratung erschwert vielen den Überblick und die Wahl der richtigen Anlaufstelle. Als niederschwellig und hilfreich für Ratsuchende hat sich z. B. die Auflistung der Angebote mit Ansprechpersonen und Kontaktinformationen erwiesen. Dies kann beispielsweise über einen Internetauftritt oder Broschüren erfolgen. Eine solche Übersicht kann außerdem dazu dienen, die Gesundheitsregion^{plus} als attraktiven Arbeits- und Wohnort zu bewerben.

Strukturelle Weiterentwicklung

Die räumliche Verteilung der Angebote von Gesundheits- und Pflegeleistungen ist in gemischt städtisch und ländlich geprägten Regionen, so auch in der Gesundheitsregion^{plus}, eine Herausforderung für die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung.

Der Zugang zur medizinischen Versorgung ist in der Gesundheitsregion^{plus} aktuell gut. Diese muss langfristig gesichert werden. Derzeit findet ein Generationenwechsel der niedergelassenen Ärzteschaft statt. Rund 30 – 40 % der in der Gesundheitsregion^{plus} ambulant tätigen Hausärztinnen und Hausärzte sind bereits heute über 60 Jahre alt. Diese scheiden vermehrt aus dem Beruf aus, sodass immer mehr Praxen eine Nachfolge suchen und erheblicher Ersatzbedarf bestehen wird. Flexible Arbeitszeitmodelle und kooperative Formen der Berufsausübung sind dabei für die nachkommende Generation von großer Bedeutung. Um den Herausforderungen erfolgreich begegnen zu können und die Versorgung in der Fläche wohnortnah zu sichern, bedarf es u. a. gemeindeübergreifender Lösungsansätze und der Vernetzung im Dialog mit der Ärzteschaft.

Die Problematik der Nachbesetzung von Arztpraxen wird verstärkt durch die demografische Alterung der Bevölkerung in der Gesundheitsregion^{plus}, die sich erhöhend auf den Bedarf an hausärztlichen Leistungen auswirkt. Ziel ist es, die Region Leistungserbringende und Fachkräfte im Gesundheitswesen attraktiv zu gestalten. Eine Schlüsselrolle zur Sicherstellung der Versorgung nehmen dabei die Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote, die Optimierung der Rahmenbedingungen und die Digitalisierung ein. Ein wichtiges Handlungsfeld bildet zudem die Förderung der Aus- und Weiterbildungsbetriebe, da hierdurch Fachkräfte in der Region langfristig gesichert werden. Um den zunehmenden Personalmangel durch Zuwanderungen von Fach- und Hilfskräften abmildern zu können, ist es notwendig, adäquaten Wohnraum in der Stadt Aschaffenburg und den Gemeinden im Landkreis Aschaffenburg bereitzustellen. Nur so kann die Gesundheitsregion^{plus} im Wettbewerb mit anderen Regionen weiter erfolgreich sein. Um die vorhandenen Ressourcen strategisch bewerten zu können, ist eine Stärken- und Schwächenanalyse empfehlenswert.

Vernetzung

Neben einem Mix aus ineinandergreifenden Maßnahmen zur Personalversorgung in den einschlägigen Versorgungsbereichen ist in der Gesundheitsregion^{plus} die weitere Stärkung der häuslichen Pflege gemäß dem gesetzlichen Auftrag „ambulant vor stationär“ geboten. Um den Trend der häuslichen Pflege weiter zu fördern, ist es wichtig, pflegende Angehörige mit Informations- und Unterstützungsangeboten zu entlasten. Hierfür ist auch der Ausbau von verlässlichen Tages- und Kurzzeitpflegeangeboten wirksam. Als Folge der demografisch bedingten Zunahme demenzieller Erkrankungen und der älteren Menschen mit Behinderung sind zielgruppen- und nachfrageorientierte Versorgungsangebote entsprechend auszubauen. Die Herausforderungen im Bereich der pflegerischen Versorgung erfordern innovative Konzepte. So haben sich beispielsweise im Rahmen eines Netzwerks die ambulanten Pflegedienste eines Landkreises auf eine regionale Aufteilung der Zuständigkeiten verständigt, um Fahrtwege zu reduzieren und eine flächendeckende, wirtschaftliche Versorgung sicherzustellen. In anderen Netzwerken wurde ein Leitfaden für das Überleitungsmanagement vom Akutaufenthalt in nachsorgende Strukturen erarbeitet oder ein gemeinsamer Bereitschaftsdienst für die ambulante Pflege geschaffen.

Auch unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgung wird eine Stärkung und Entwicklung von quartiersbezogenen Versorgungskonzepten auf der Ebene der Gemeinden und Stadtteile in Zukunft erforderlich sein. Diese müssen alle verfügbaren Ressourcen (private, ehrenamtliche, nachbarschaftliche und institutionelle) miteinander verbinden und auf Effektivität und Effizienz in der Versorgung achten. Dabei ist die Mitwirkung der Gemeinden an der Erhaltung und Schaffung der örtlichen Versorgungsangebote und Versorgungsketten zu fördern und zu stärken. Ehrenamtliche Initiativen oder Vereine spielen ebenfalls eine Rolle bei der Bereitstellung von weiteren niedrigschwelligen Hilfsangeboten im Alltag. In einigen Regionen werden so z. B. ehrenamtliche Fahr- oder Lieferdienste, Nachbarschaftshilfen, ehrenamtliche Sprachkurse zur Integrationsarbeit, Seniorencafés oder ähnliche Betreuungs- und Unterhaltungsangebote organisiert. Über einen Gesundheits- oder Ideenwettbewerb könnten Einrichtungen, Gemeinden, Vereine oder Bürgerinitiativen mit besonderem Engagement öffentlichkeitswirksam ausgezeichnet und gefördert werden. Um auch die Bürgerinnen und Bürger der Gesundheitsregion^{plus} an den Prozessen zu beteiligen und gleichzeitig für gesundheitliche Themen zu sensibilisieren, sollten sie mit eingebunden werden. Durch Gesundheitsumfragen oder Diskussionsrunden könnten sie die Möglichkeit erhalten, sich zu Gesundheitsthemen einzubringen.

Um trotz knapper Budgets eine flächendeckende Angebotsstruktur und innovative Lösungsansätze zu ermöglichen, kann die Akquise von Fördermitteln von Bedeutung sein. Innerhalb eines Netzwerks ist eine Person mit Lotsenfunktion hilfreich, die regelmäßig Informationen über passende Fördermittelausschreibungen von Ministerien, nachgeordneten Behörden oder Stiftungen an die Mitglieder oder betroffene Stellen weitergibt. Förderlich ist es zudem, wenn sie zusätzlich bei der Antragsbearbeitung berät oder unterstützt.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen der Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg von enormer Bedeutung ist. Nur durch das Zusammenwirken aller Beteiligten können die dargestellten Herausforderungen bewältigt und die aufgezeigten Chancen realisiert werden.

9 Literatur

- Akmatov M. K., Ermakova T., Holstiege J., Kohring C., Ng F., Völker S., Bätzing J., 2020, Überlappung von Asthma und COPD in der ambulanten Versorgung – Analyse anhand vertragsärztlicher Abrechnungsdaten, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/06. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.06.
<https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=113>.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2017, Gesundheitsindikatorenatz, <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren/index.htm>, abgerufen am 15.07.2017.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2020, Krebs in Bayern in den Jahren 2013 und 2014, Band 2 der Schriftenreihe Krebsregister, https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheitsindikatoren/krebsregister/doc/Jahresberichte/Jahresbericht_2018.pdf.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2021a, Gesundheitsindikatorenatz, <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren/index.htm>, abgerufen am 14.11.2021.
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), 2021b, Archiv der Fallzahlen von Coronavirusinfektionen in Bayern, https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/archiv.htm, abgerufen am 22.12.2021.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (BayLfStat), 2019, Statistische Berichte, Erwerbstätige am Arbeitsort in den kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns von 1991 bis 2019, Ergebnisse der Erwerbstätigenrechnung, des Bundes und der Länder, Fürth.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (BayLfStat), 2021a, GENESIS-Online Datenbank, <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online>, abgerufen am 06.12.2021.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (BayLfStat), 2021b, Statistische Berichte, Flächenerhebung nach Art der tatsächlichen Nutzung, in Bayern zum Stichtag 31. Dezember 2020, Fürth.
- Bayerisches Landesamt für Statistik (BayLfStat), 2022, Beiträge zur Statistik Bayerns, Heft 554, Regionalisierte Bevölkerungsvorausberechnung für Bayern bis 2040, Demographisches Profil für den Regierungsbezirk Unterfranken, Fürth.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2019, Gesundheitsregionenplus, Realisierungsstrategie Stand: 1.10.2019, München.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021a, Krankenhäuser in Bayern – Krankenhäuser aus dem Bayerischen Krankenhausplan, <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/krankenhaeuser/krankenhaeuser-in-bayern/>, abgerufen am 17.12.2021.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2021b, Hospizversorgung, <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/sterbebegleitung/hospiz/>, abgerufen am 18.01.2022.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2021, INKAR, Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung, <https://www.inkar.de/>, abgerufen am 29.11.2021.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2022, Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>, abgerufen am 18.01.2022.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. 1991, Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., 2021, Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin, <https://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/>, abgerufen am 18.01.2022.
- European Commission, 2021, The 2021 Ageing Report, Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019 – 2070), Institutional Paper 148, May 2012, Brussels.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2019, Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V (Juli 2018), Berlin.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2020, Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) in der Fassung vom 24. November 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 21.12.2016 B3 in Kraft getreten am 1. Januar 2017 zuletzt geändert am 1. Oktober 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 08.12.2020 B3 in Kraft getreten am 9.12.2020, Berlin.
- GKV-Spitzenverband, 2020, Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Palliativversorgung Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Stand der Entwicklung sowie der vertraglichen Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sowie der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, Berlin, 16.12.2020, an das Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB), 2019, Versorgungsatlas: Hausärzte, Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden, Frauenärzte, Kinderärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Urologen, Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur, Februar 2019, München.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB), 2021a, Versorgungsatlas, Allgemeine fachärztliche Versorgung, <https://www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas/>, abgerufen am 12.12.2021.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB), 2021b, Gesundheitsdaten, Niedergelassene Ärzte werden immer älter, <https://gesundheitsdaten.kvb.de/cms/html/16397.php>, abgerufen am 7.12.2021.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB), 2021c, Arztlisten der KVB, <https://www.kvb.de/service/arztverzeichnis/>, abgerufen am 17.12.2021.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB), 2021d, Versorgungsatlas Hausärzte, Darstellung der regionalen Versorgungsstruktur sowie der Altersstruktur in Bayern, August 2021, München.
- Nexiga LOCAL®, 2021, Marktdaten | Haushalte, Bonn.
- Robert Koch-Institut (RKI), 2022, Digitales Impfquotenmonitoring zur COVID-19-Impfung, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html, abgerufen am 07.01.2022.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2018, Zensus 2011, Bevölkerung je Hektar, Ergebnisse des Zensus am 9. Mai 2011 in Gitterzellen, Wiesbaden.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 2020, AOK-Gesundheitsbericht Bayern, Stand: August 2020, Berlin.
- Winkelmann, U., 2019, Vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre in Baden-Württemberg: Herzinfarkt und Brustkrebs kosten die meisten Lebensjahre, Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 10/2019, S. 10–16.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), 2019, Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018 – Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/09. Berlin.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI), 2021, Früherkennungskoloskopie, Jahresbericht 2019, Köln, 2.02.2021.
- Ziegler U., Doblhammer G., 2009, Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002, Gesundheitswesen 2009; 71(5), S. 281–290.

10

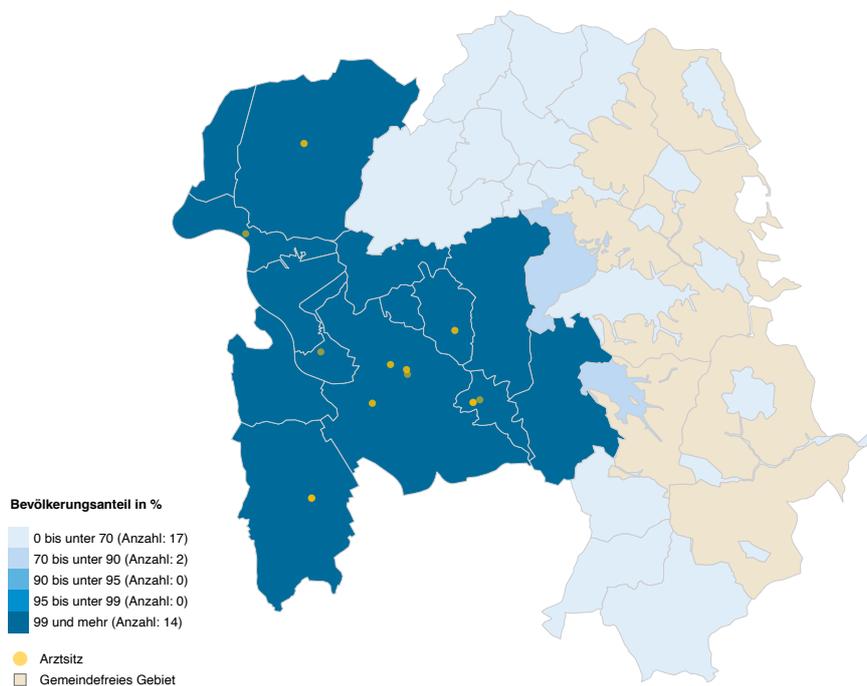
Anhang A: Karten zur Erreichbarkeit der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

- Kinderärztinnen und Kinderärzte
- Augenärztinnen und Augenärzte
- Fachärztinnen und Fachärzte für Chirurgie und Orthopädie
- Gynäkologinnen und Gynäkologen
- Hautärztinnen und Hautärzte
- HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Nervenärztinnen und Nervenärzte
- Urologinnen und Urologen



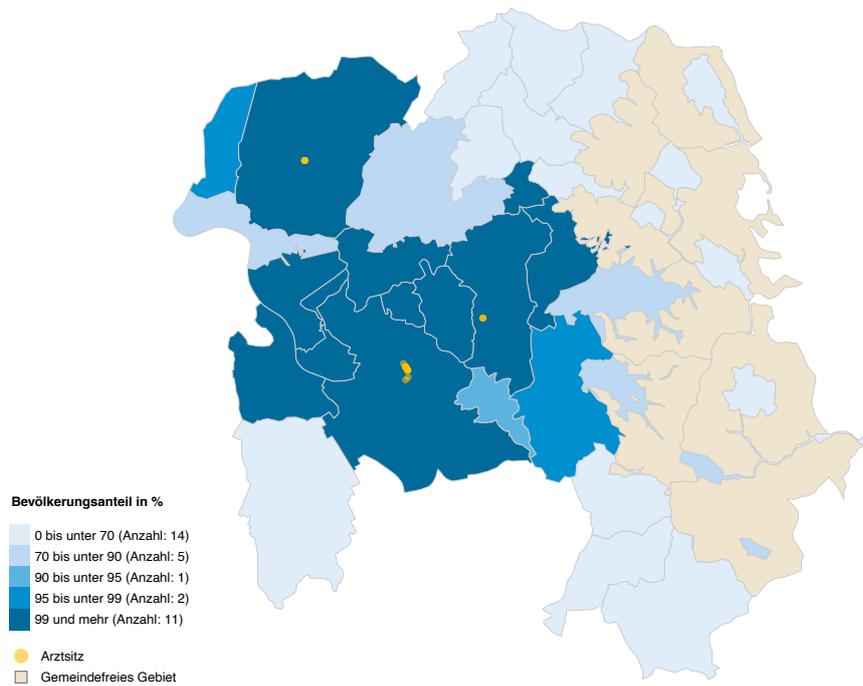
10 Anhang A: Karten zur Erreichbarkeit der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

Abbildung 75: 15 Minuten Erreichbarkeit von Kinderärztinnen und Kinderärzten



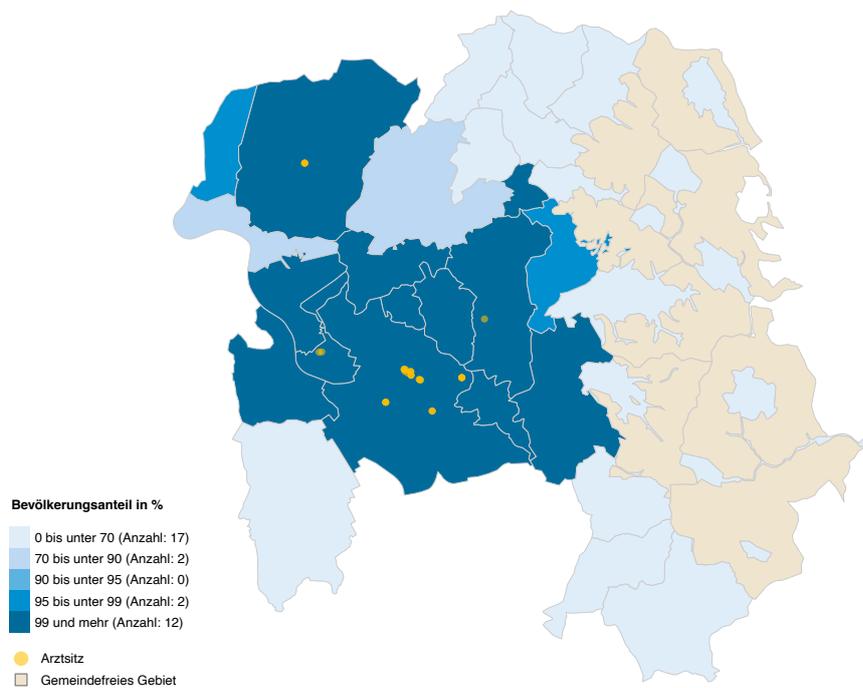
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 76: 15 Minuten Erreichbarkeit von Augenärztinnen und Augenärzten



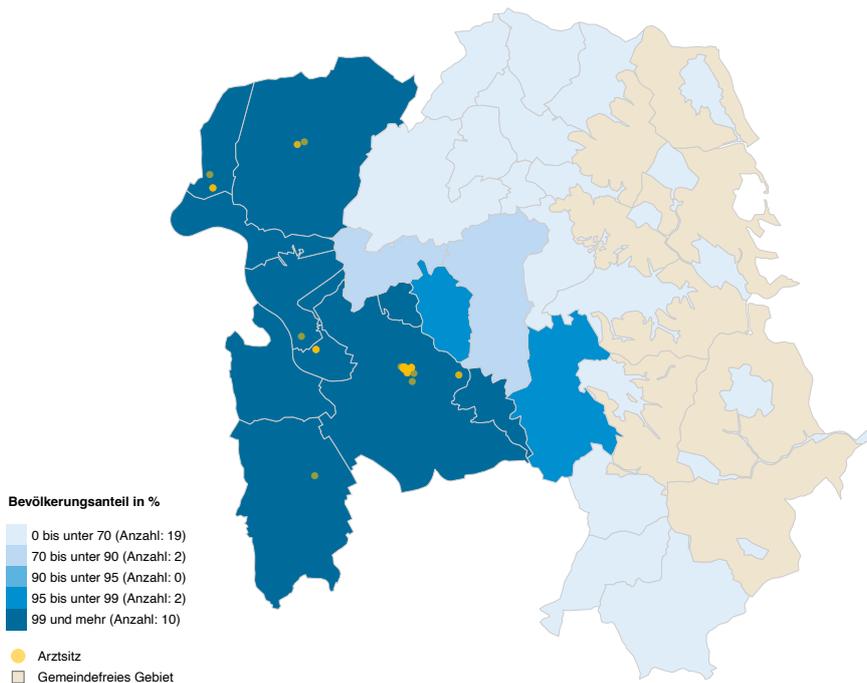
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 77: 15 Minuten Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Chirurgie und Orthopädie



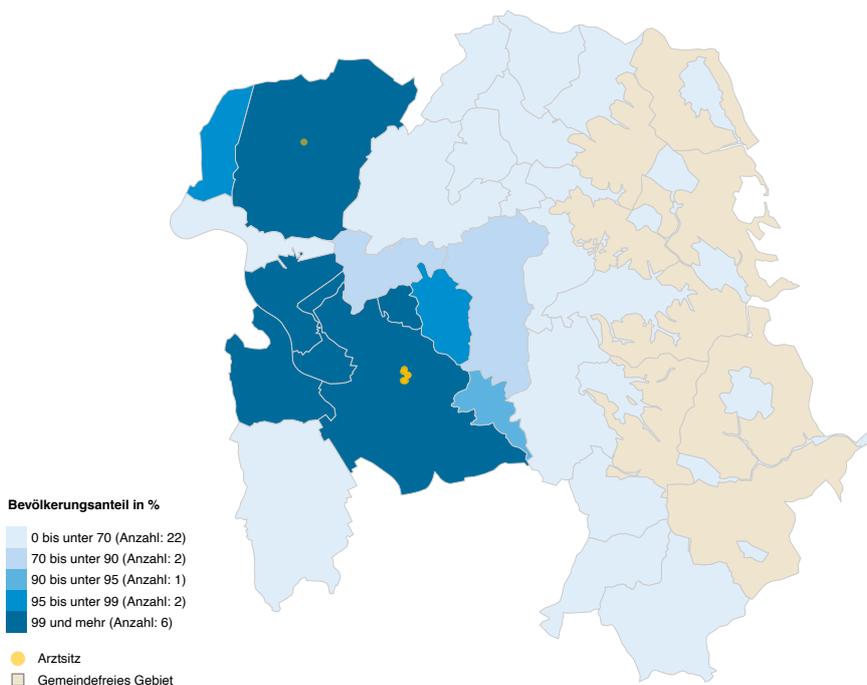
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 78: 15 Minuten Erreichbarkeit von Gynäkologinnen und Gynäkologen



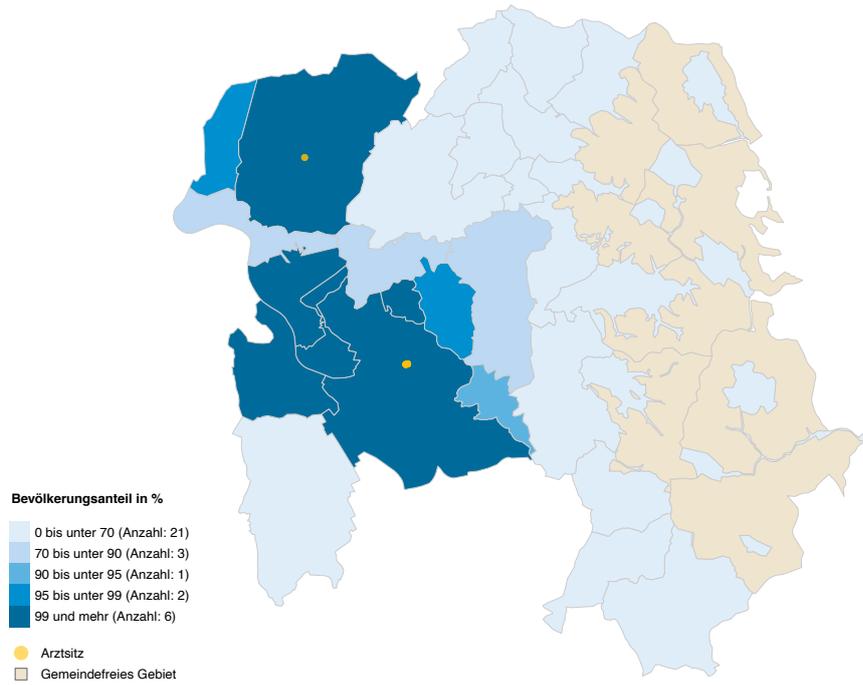
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 79: 15 Minuten Erreichbarkeit von Hautärztinnen und Hautärzten



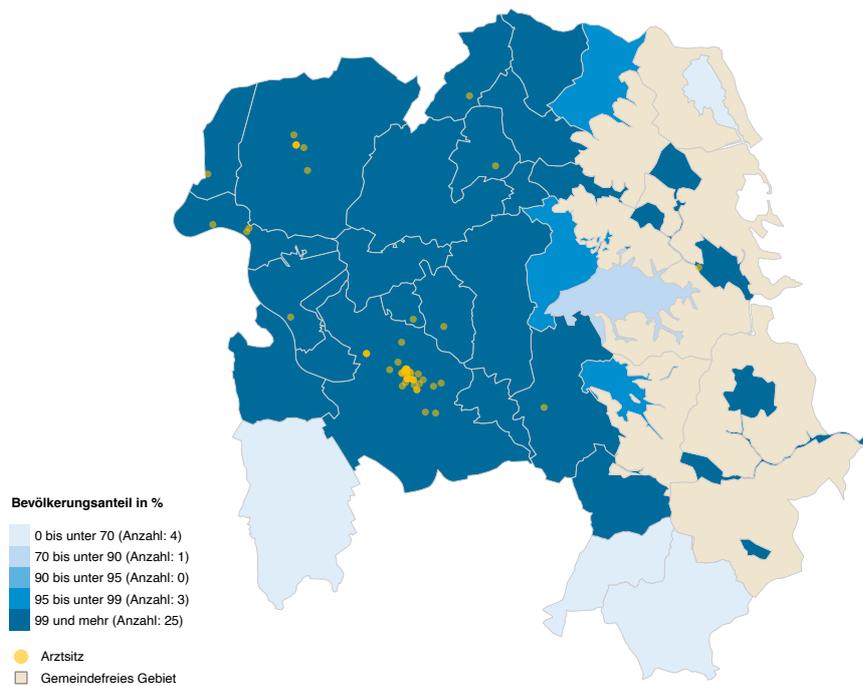
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 80: 15 Minuten Erreichbarkeit von HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzten



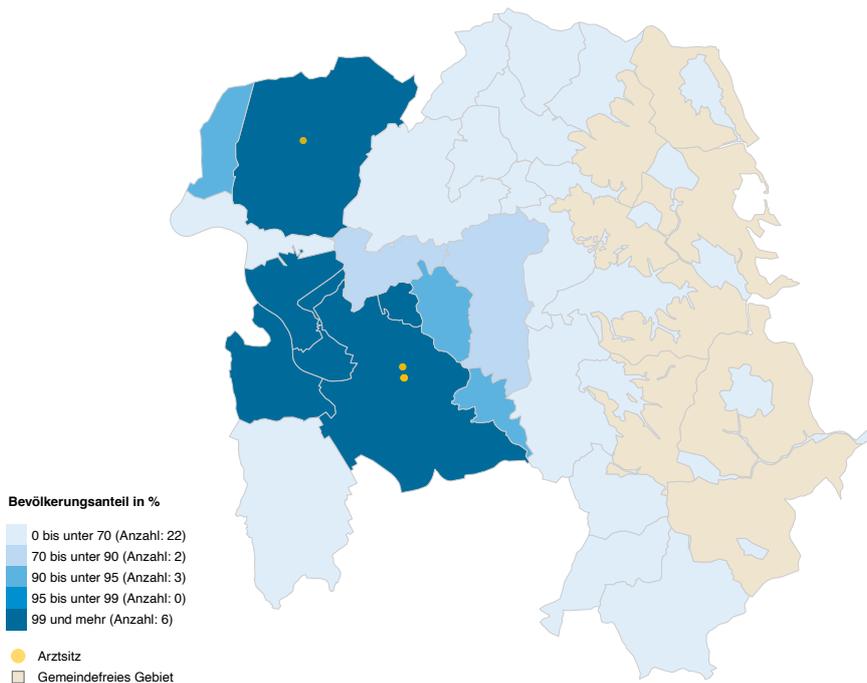
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 81: 15 Minuten Erreichbarkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



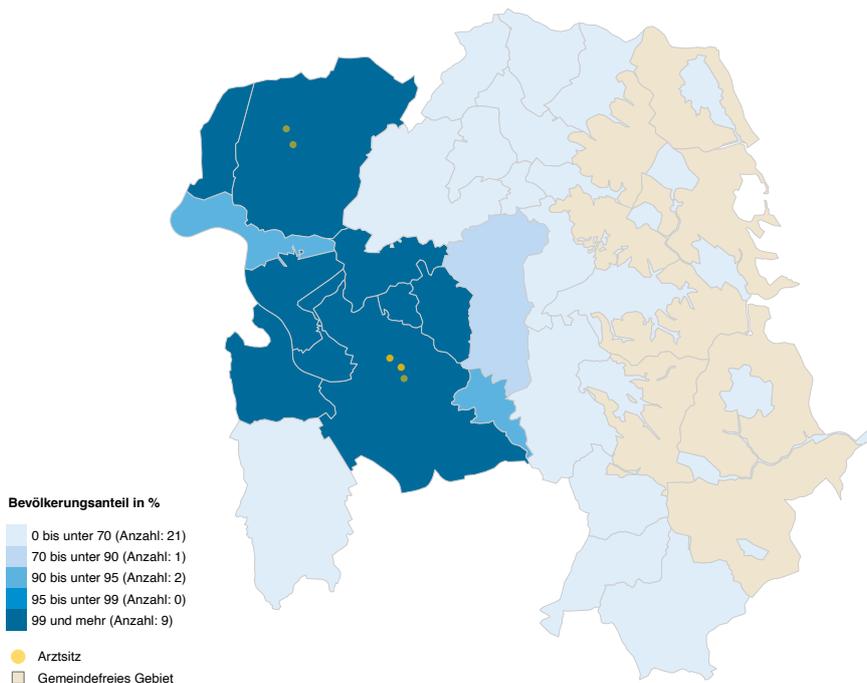
Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 82: 15 Minuten Erreichbarkeit von Nervenärztinnen und Nervenärzten



Quelle: KVB 2021c.

Abbildung 83: 15 Minuten Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Urologie



Quelle: KVB 2021c.

11

Anhang B: Vergleich der Gesundheitsregion^{plus} mit Unterfranken

- Bevölkerungsstruktur
- Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten
- Medizinische Versorgung und Langzeitpflege



11 Anhang B: Vergleich der Gesundheitsregion^{plus} mit Unterfranken

Abbildung 84: Bevölkerungsstruktur in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Unterfranken

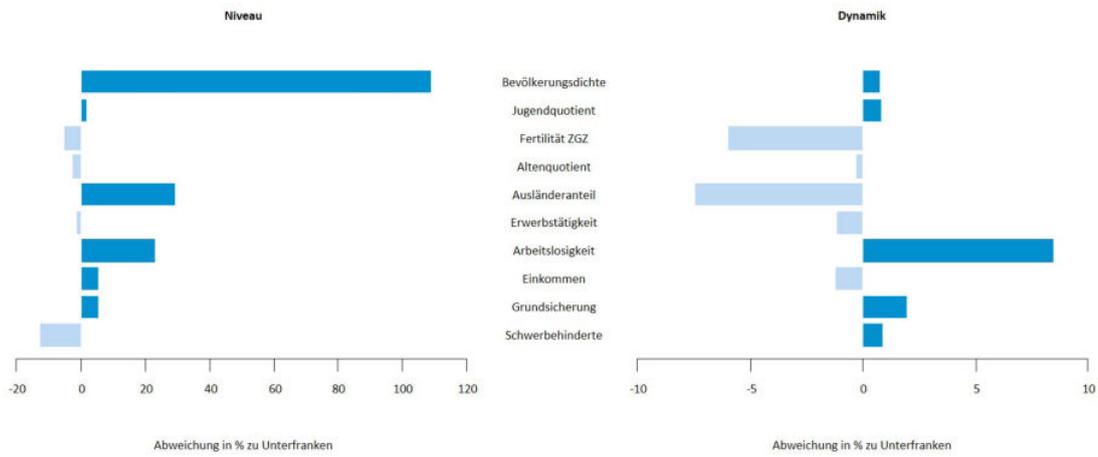


Abbildung 85: Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Unterfranken

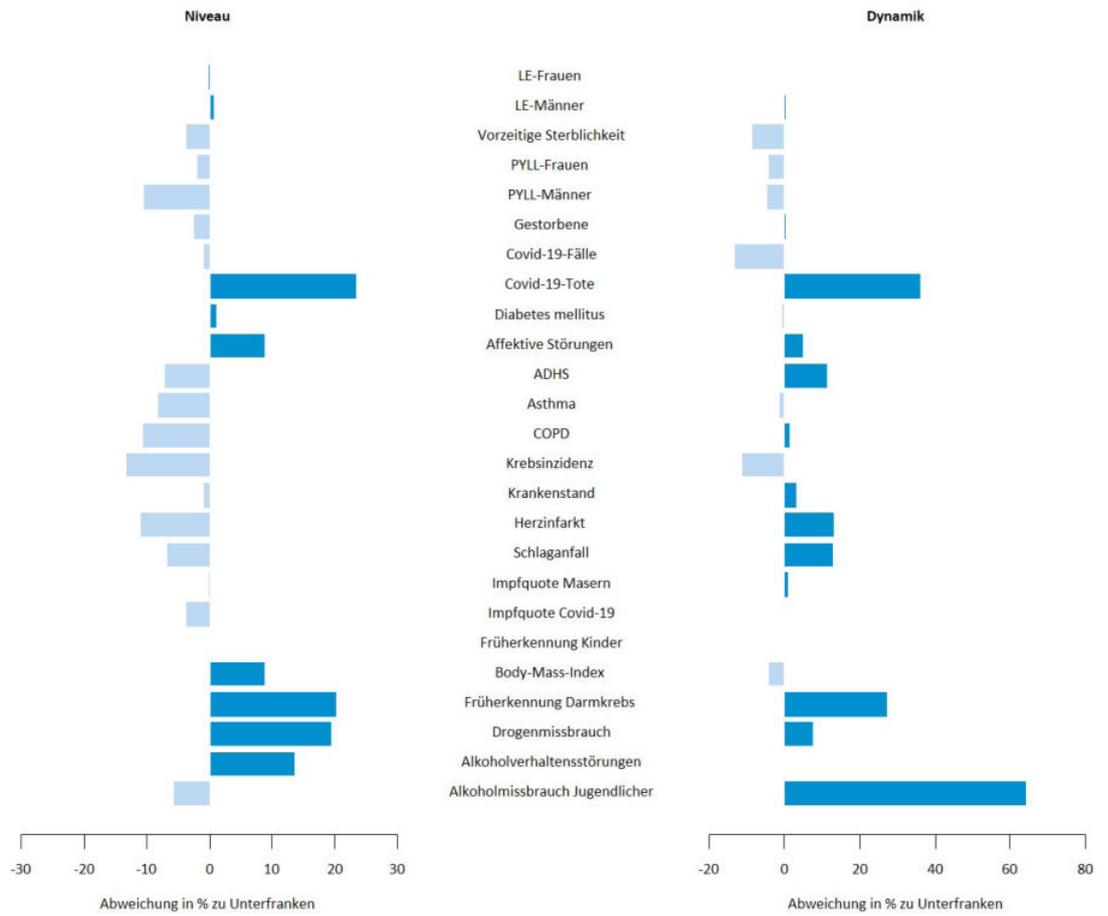
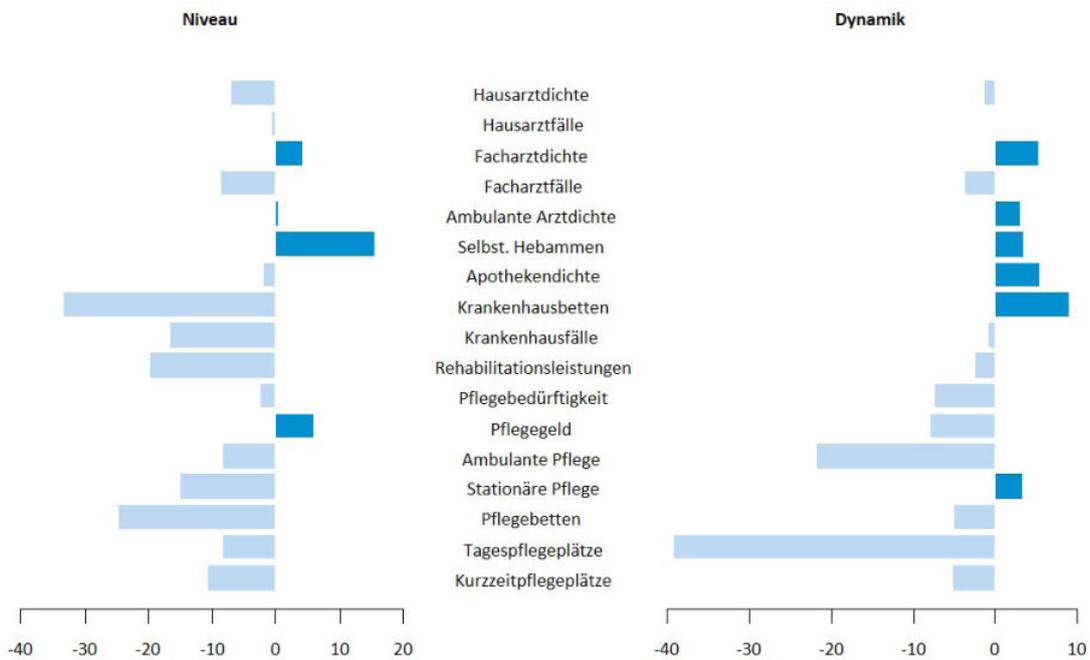


Abbildung 86: Medizinische Versorgung und Langzeitpflege in der Gesundheitsregion^{plus} im Vergleich zu Unterfranken



Vernetzung

regionales Netzwerk

Gesundheitsförderung

Zusammenarbeit

Gesundheit

Gesundheitsversorgung

Regionale Lösungen

Empowerment

Prävention

Kommunikation

Pflege

Partizipation

Gesundheitsregion^{plus} Landkreis und Stadt Aschaffenburg

Bayernstraße 18
63739 Aschaffenburg

Telefon: 06021 394-275
Fax: 06021 394-984

GesundheitsregionPlus@Lra-ab.bayern.de
www.gesundheitsregion-ab.de

